

**UNIVERZITA KARLOVA
HUSITSKÁ TEOLOGICKÁ FAKULTA**

Opatrovnictví v České republice

Guardianship in the Czech Republic

Diplomová práce

Vedoucí práce:

prof. PhDr. Beáta Krahulcová, CSc.

Autor:

Bc. Karina Dušková, DiS.

Praha 2017

Poděkování:

Ráda bych touto cestou poděkovala prof. PhDr. Beátě Krahulcové CSc. za odborné vedení mé práce a trpělivost. Dále bych ráda poděkovala všem respondentům za jejich ochotu a vstřícnost, díky níž mohla být zpracována praktická část diplomové práce.

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem předkládanou diplomovou prací: Opatrovnictví v České republice vypracovala samostatně s použitím níže uvedených pramenů a literatury. Dále prohlašuji, že tato práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze 27.6.2017

Bc. Karina Dušková, DiS.

Anotace

Diplomová práce se zabývá opatrovnictvím pro osoby s duševním onemocněním. Teoretická část je rozčleněna do šesti kapitol, kde je vymezeno pojetí duševní poruchy i v rámci různých dokumentů. Dále je zde rozebrán proces stigmatizace, jak ze strany rodiny, tak i zdravotníků, rovněž je zde poukázáno na sebestigmatizaci jako závažný důsledek přístupu společnosti k duševním chorobám. Studentka zde zmínila i proces poskytování psychiatrické péče, upozornil na reformu psychiatrické péče jako výrazný milník zdravotnictví. Velkou část teorie tvoří kompletní popis institutu opatrovnictví a problematiky svéprávnosti. Poslední kapitola je zaměřena na sociální práci s osobami s duševním onemocněním. Praktická část má za cíl zjistit, jak prakticky funguje systém opatrovnictví pro osoby s duševní poruchou a jak opatrovníci nahlíží na výkon opatrovnictví. Studentka zde využila kvalitativní šetření a polostrukturované rozhovory. Pomocí otevřeného kódování bylo identifikováno několik kategorií, které následným zpracováním odpověděly na hlavní výzkumnou otázku.

Anotation

The diploma thesis deals with guardianship for people with mental illness. The theoretical part is divided into six chapters, where the concept of mental disorder is defined within various documents. Furthermore the process of stigmatization, both from the family and the health care professionals, is also discussed here as self – esteem as a serious consequence of society's access to mental illness. The student also mentioned the process of providing psychiatric care, outlined the reform of psychiatric care as a significant milestone in health care. A great part of the theory consists of a complete description of a guardianship and self – administration. The last chapter focuses on social work with people with mental illness. The practical part aims to find out how the guardianship system for people with mental disorders works and how custodians look at guardianship. The student used qualitative surveys and semi - structured interviews. Using open encoding , several categories were identified and then responded to the main research question.

Klíčová slova: duševní porucha, opatrovnictví, svéprávnost, stigmatizace

Key words: mental illness, guardianship, legal capacity, stigmatization

Úvod.....	7
1 POJETÍ DUŠEVNÍ PORUCHY	8
1.1 Vymezení duševní poruchy.....	8
1.2 Model medicínský - sociální- právní terapie.....	9
1.3 Mezinárodní dokumenty a duševní zdraví	10
2 STIGMATIZACE OSOB S DUŠEVNÍM ONEMOCNĚNÍM	13
2.1 Popis stigmatu	13
2.2 Stigma zdravotním pracovníkem a oboru psychiatrie.....	14
2.3 Rodina a stigmatizace + sebestigmatizace	15
3 SOUČASNÝ SYSTÉM PSYCHIATRICKÉ PÉČE	17
3.1 Organizace psychiatrické péče	17
3.2 Příčiny bránící odchodu z dlouhodobé ústavní péče	20
4 ZÁKLADNÍ PILÍŘE REFORMY PSYCHIATRICKÉ PÉČE	22
4.1 Smysl a hlavní cíle reformy	22
4.2 Centra duševního zdraví- smysl, služby, principy práce.....	24
5 SYSTÉM OPATROVNICTVÍ PRO OSOBY S DUŠEVNÍ PORUCHOU.....	28
5.1 Svěprávnost a nová právní úprava	28
5.2 Omezení svěprávnosti	29
5.3 Nové právní alternativy v problematice svěprávnosti.....	31
5.3.1 Nápomoc při rozhodování.....	31
5.3.2 Zastoupení členem domácnosti	32
5.3.3 Předběžné prohlášení	33
5.4 Řízení o svěprávnosti člověka.....	34
5.5 Systém opatrovnictví.....	35
5.6 Veřejné opatrovnictví.....	37
5.7 Řízení o opatrovnictví člověka.....	38
5.8 Opatrovnická rada	39
6 SOCIÁLNÍ PRÁCE S DUŠEVNĚ NEMOCNÝMI OSOBAMI.....	40

6.1	Sociální práce v zařízeních lůžkové péče.....	40
6.2	Sociální šetření u osob s duševními poruchami	41
6.3	Komunitní péče pro osoby s duševními poruchami	43
7	PRAKTICKÁ ČÁST DIPLOMOVÉ PRÁCE	46
7.1	Hlavní výzkumná otázka a cíl praktické části diplomové práce	46
7.2	Zvolení výzkumné metody.....	46
7.3	Postup realizace výzkumu.....	46
7.4	Etická stránka výzkumu	48
7.5	Kvalita výzkumu	48
7.6	Metoda analýzy dat	50
7.7	Zjištěné kategorie.....	50
7.7.1	Vyhodnocení kategorií na základě dílčích výzkumných otázek	51
7.7.2	Závěr výzkumu.....	64
8	Diskuze.....	72

Úvod

Sociální práce je široké odvětví, které nabízí řadu kategorií a skupin klientů, kde se může sociální pracovník angažovat. Jednou z těchto oblastí, je péče o osoby s duševním onemocněním. To je skupina klientů, která je nejvíce stigmatizována a v řadě oblastí nejvíce podhodnocena. Péče o tyto osoby prošla během dlouhých let řadou změn. Významným posunem v této problematice je institut opatrovnictví. Občanský zákoník představil řadu změn, zejména zrušil zbavení svéprávnosti a rozšířil možnosti opatrovnictví, zdůraznil práva a zájmy těchto osob, která byla dříve výrazně sešňěrována a omezována a nebyl na ně brán zdaleka takový zřetel, jak by si zasloužila a tím poskytl i příležitosti a obnovení důstojnosti pro osoby s duševním onemocněním. A opatrovnictvím pro osoby s duševním onemocněním se zabývá i tato diplomová práce.

Teoretická část je rozdělena do šesti kapitol. V ní je popsáno vymezení duševní poruchy, dokumenty zabývající se touto problematikou, stigmatizace osob s duševním onemocněním a také popis psychiatrické péče v našich podmínkách. Jedna kapitola je věnována reformě psychiatrické péče, která předpokládá do budoucna velký rozvoj Center duševního zdraví jako mezistupeň této péče. Velká část teoretické části se zabývá problematikou svéprávnosti a opatrovnictví. Je zde objasněna nová právní úprava a popsány nové právní alternativy opatrovnické činnosti, které výrazným způsobem rozšiřují možnosti osob s duševním onemocněním. V poslední kapitole teoretické části se student zaměřil na sociální práci s výše uvedenými klienty, je zde poukázáno na některá úskalí při poskytování příspěvku na péči.

Praktická část diplomové práce má za cíl zjistit, jak prakticky funguje systém opatrovnictví pro osoby s duševní poruchou a jak opatrovníci nahlízejí na výkon opatrovnictví. Na to se snažila studentka odpovědět pomocí kvalitativního šetření formou polostrukturovaných rozhovorů. Výsledky šetření byly zpracovány pomocí otevřeného kódování, kde studentka určila několik kategorií, jejichž zpracování pomohlo odpovědět na hlavní výzkumnou otázku. Studentka připojila do diplomové práce diskuzi, kde porovnávala některá témata autorů a pasáže občanského zákoníku s výpověďmi respondentů.

1 POJETÍ DUŠEVNÍ PORUCHY

1.1 Vymezení duševní poruchy

Vymezit duševní poruchu není snadné. Legislativa, přijatá jednotlivými státy se může měnit a odvíjí se od řady okolností. Zákony, které popisují např.: nedobrovolné hospitalizace mohou pojem duševní porucha omezit pouze na těžké formy této poruchy, na druhou stranu zákony, které se staví za práva těchto osob mohou s pojmem duševní porucha pracovat v širokém slova smyslu a zajistit jim všechna práva a výhody, která jim náleží.¹ „MKN-10 definuje poruchu jako klinicky rozpoznatelný soubor příznaků nebo chování, který je ve většině případů spojený s pocitem tísně a narušení funkcí.“²

Přesnou definici duševní poruchy přináší zákon č. 40/2009 Sb., kde se duševní poruchou rozumí: „Duševní porucha vyplývající z duševní nemoci, hluboká porucha vědomí, mentální retardace, těžká asociální porucha osobnosti, jiná těžká duševní nebo sexuální odchylka.“³

Ten nadále tento pojem rozpracovává a poukazuje zde na faktor nepřičetnosti: pokud by pachatel nebyl schopen v důsledku duševní poruchy určit, že jedná protiprávně a jeho chování by nebylo ovládáno, odpovědnost za trestný čin zde odpadá. Stejně rozhodnutí by bylo v případě zmenšené přičetnosti, kdy pachatelova schopnost rozlišit důsledky svého jednání je výrazně omezena.⁴ Jednotlivé státy stále více řeší povinnost starat se o tyto osoby a zajišťovat jejich práva.⁵ Pro identifikování pojmu duševní porucha hraje též roli norma neboli pravidlo, předpis, standard. Normu je nutné rozlišovat v celé její šíři a to i v oblasti psychiatrické problematiky. Normu lze rozdělit na: 1) statistická= vychází z většinové

¹ MAREČKOVÁ, J.; MATIAŠKO, M. *Člověk s duševním postižením a jeho právní jednání*. Praha : Linde Praha, 2010. ISBN 978-80-7201-801-7

² MAREČKOVÁ, J.; MATIAŠKO, M. *Člověk s duševním postižením a jeho právní jednání*. Praha : Linde Praha, 2010. s. 27 ISBN 978-80-7201-801-7

³ Zákon č.40/2009 Sb. trestní zákoník ve znění pozdějších předpisů

⁴ Zákon č.40/2009 Sb. trestní zákoník ve znění pozdějších předpisů

⁵ KÖLLER, R.; PILGRAM, A. A KOL. *ADEL: Advocacies for Frail and Incompetent Elderly in Europe*. Interim Report, 2009

populace 2) skupinová= zde je užší vymezení např.: v rámci rodiny, kolegů v zaměstnání, třídy, obyvatelů daného města apod. 3) sociokulturní= je to norma, kterou diktuje současná doba, kultura a společnost a její pojetí prochází výraznými změnami v jednotlivých časoprostorových úsecích 4) věková= vychází z průměru dané věkové skupiny 5) mediální= vliv této normy je nepopíratelný prostřednictvím tisku, televize, internetu a v posledních letech i sociálních sítí 6) právní= je definována v příslušné legislativě 7) norma odborníků= je určena poznatkovou činností vědy, v souvislosti s problematikou duševních poruch, je zde vhodné uvést např.: MKN-10 8) individuální= roli zde hrají vyjádření konkrétního člověka, který jimi dává najevo svůj pohled na dané téma.⁶

1.2 Model medicínský – sociální- právní terapie

Jednotlivé modely jsou důležitým teoretickým hlediskem pro problematiku svéprávnosti a tématu opatrovnictví a zdůrazňují odlišné přístupy k osobám s duševní poruchou. Rozhodujícím prvkem daných modelů je jak právní složka, tak pohled společnosti.

Medicínský model vidí příčinu problému v omezení funkcí a psychologických nedostacích a v nemožnosti adaptovat se na dané prostředí. Od jedince se proto čeká, že bude součinný vůči nárokům medicíny. Politika státu se v tomto modelu zaměřuje na aplikaci zdravotní péče, rehabilitace a sociálních dávek a pro neadaptující se jedince je zde řešení v podobě různých zařízení zdravotní a sociální sféry. Tento model podporuje segregaci a exkluzi a je zde vyzdvihována odlišnost a ohrožující tendence osob s duševním onemocněním, z toho je tedy odvozována oprávněnost zákroků v podobě nedobrovolných hospitalizací a jiných prostředků kontroly, jako jsou omezování svéprávnosti. Medicínský model je předmětem kritiky pro závislost, diskriminaci a exkluzi těchto osob. Je také velkým zdrojem rizika pro převahu moci zdravotního pracovníka nad duševně nemocným.

Sociální model zdůrazňuje roli společnosti ve vztahu k osobám s postižením. Má za to, že hlavním zdrojem postižení je snížená schopnost společnosti zajistit daným osobám

⁶ OREL, M. A KOL. *Psychopatologie – nauka o nemocech duše*. 2.vyd. Praha: Grada Publishing a.s., 2016. ISBN 978-80-247-5516-8

adekvátní služby a uspokojit jejich potřeby. Základním cílem je tedy upravit společenské, fyzické a právní podmínky tak, aby došlo k odstranění všech překážek. Lze sem zahrnout jak vzdělávání, pracovní příležitosti, ubytování apod. Hlavní prioritou je zde autonomie, rovnost, důstojnost. Ve smyslu duševních nemocí z tohoto vyplývá, že je upřednostňována léčba na základě dobrovolnosti a to v prostředí, které bude podporovat samostatnost a bude mít co nejméně restriktivní charakter. Názor lékaře je důležité respektovat a zařadit ho, nicméně už není primární a jednoznačný. Sociální model byl předmětem kritiky pro svoji necelistvost ohledně teoretického rámce a tato kritika byla impulzem pro vznik dalších těchto modelů, které obsahovaly větší komplexnost.

Právní terapie je relativně čerstvým teoretickým konceptem, který se ve svých začátcích hojně soustředil na oblast duševního zdraví. Tento model nemá za cíl zkoumat postižení a jeho příčiny. Jeho cílem je odhalovat vliv zákonných norem a jednání soudců, soudních znalců či advokátů na duševní zdraví a chování osob s duševní poruchou. Právní terapie ale uznává pozitivní vliv právních norem. V oblasti svéprávnosti je jako pozitivní vliv práva velmi dobře vnímána situace, kdy osoba s duševní poruchou získá možnost být adekvátně vyslechnuta soudem, čímž je podpořena její autonomie, důvěra v okolní svět a spravedlivé vnímání celého soudního procesu. Nicméně model právní terapie vidí situaci jako celek a nepodceňuje otázky bezpečí občanů či práva duševně nemocných.⁷

1.3 Mezinárodní dokumenty a duševní zdraví

Prvním dokumentem zabývajícím se problematikou duševního zdraví je Evropský pakt duševního zdraví a well-beingu. Byl schválen a přijat na konferenci v Bruselu, v roce 2008. Na začátku dokumentu je vyzdvížena aktuálnost tohoto tématu, upozorňuje se zde na dokonané sebevraždy, které jsou významným důsledkem příčiny úmrtí a také na vliv duševních poruch v celospolečenském měřítku. Dokument má za cíl 5 prioritních oblastí: 1) prevence deprese a sebevražd - zdůrazňuje se zde důležitost zvýšit povědomí o této

⁷ MAREČKOVÁ, J.; MATIAŠKO, M. *Člověk s duševním postižením a jeho právní jednání*. Praha: Linde Praha, 2010. ISBN 978-80-7201-801-7

problematicke, což se má odrážet i ve vzdělání zdravotních pracovníků, zaměřit pozornost na faktory ovlivňující vznik a rozvoj suicidálních pokusů, jakožto i na podporu osob, které se o sebevraždu pokusily 2) duševní zdraví mládeže - zde se jedná o poskytování preventivních programů zaměřených na šikana, násilí a jiné závažné oblasti, další prioritou je vzdělávací proces odborníků pracujících ve školství a zapojení rodičovské spolupráce do oblasti duševního zdraví 3) duševní zdraví v pracovním prostředí - zaměřuje se na prevenci škodlivých faktorů na pracovišti jako je stres, šikana, sexuální obtěžování apod., rovněž i podpora osob s duševním onemocněním, kteří se navrací do zaměstnání či si potřebují udržet to stávající 4) duševní zdraví seniorů - efektivní zapojování starších osob do společnosti, důležitou oblastí, které je třeba věnovat pozornost je duševní zdraví osob, kteří jsou klienty zdravotních, sociálních služeb ať už komunitního či institucionálního charakteru 5) zabránění stigmatizace a sociálního vyloučení - součástí tohoto procesu mají být kampaně destigmatizačního charakteru, rozšíření služeb pro osoby s duševním onemocněním.⁸

Dalším dokumentem řešící problematiku duševního zdraví je Zdraví pro všechny v 21. století. Zde je významný cíl č.6, který se zaměřuje na to, aby do roku 2020 byla zajištěna psychická pohoda lidí a pro osoby s duševním onemocněním byla zařízena škála služeb, která komplexně zajistí jejich potřeby. Cíl č. 6 dále poukazuje na potřebu, aby péče ve velkých psychiatrických léčebnách byla zastoupena zejména komunitní péčí, rovněž znalosti a dovednosti zdravotnických pracovníků mají být nadále aktualizovány a rozšiřovány, aby mohla správným způsobem probíhat efektivní diagnostika. Společné propojení zdravotnického a sociálního sektoru by mělo rovněž zlepšit kvalitu života osob s duševními poruchami, které tyto služby využívají.⁹

Deklarace lidských práv a duševního zdraví upozorňuje na práva osob s duševní poruchou, která jsou nejčastěji nedodržována: 1) právo, aby na člověka s duševní poruchou bylo hleděno jako na osobu, která je autonomní bytostí - s tím souvisí i nevhodné jednání při výkonu hospitalizace 2) právo, aby člověk svobodně konal rozhodnutí - opět zde hovoříme o nedobrovolné hospitalizaci a také na rozhodování jiných příslušných orgánů 3) právo na soukromí - zde je zahrnuta oblast malého osobního prostoru v rámci pobytu v

⁸ RABOCH, J.; WENIGOVÁ, B. *Mapování stavu psychiatrické péče a jejího směřování v souladu se strategickými dokumenty České republiky (a zahraničí) Odborná zpráva z projektu*. Praha: Česká psychiatrická společnost o.s. Dostupné z: http://www.ceskapsychiatrie.cz/images/stories/OZ_zkr_komplet.pdf

⁹ Dostupné z: file:///C:/Users/User/AppData/Local/Temp/1046zdravi21cil1_9str1_56.htm

psychiatrických zařízeních 4) právo na výkon zaměstnání - člověk s duševní poruchou je dříve odkazován do invalidního důchodu a s tím souvisí i obtížná možnost shánět si zaměstnání, rovněž sem lze zařadit i složité možnosti těchto osob při dlouhém výpadku pracovních schopností, obnovit si své pracovní návyky 5) právo na hmotné zabezpečení - s tímto právem je spojena nedostatečná finanční zabezpečení 6) právo na spoluměření o léčebných výkonech - zde je hodně znát autoritativní přístup, zejména pokud je člověk hospitalizován bez svého souhlasu, lze sem zařadit i nedostatečnou informovanost 7) právo na lidský kontakt bez omezení - návštěvy 8) právo na osobní rozvoj - v zařízeních zaměřených na psychiatrii se setkáváme s malým množstvím podnětů, díky kterým by mohla osoba s duševní poruchou rozvíjet svůj potenciál¹⁰

Zelená kniha – zlepšení duševního zdraví obyvatelstva: na cestě ke strategii duševního zdraví pro Evropskou unii je dokument, který byl vydán v roce 2005. Je zde zvláště zdůrazněn rozdíl, kolik jednotlivé členské státy vydávají peněz na problematiku duševního zdraví. Podporuje také zredukování velkých psychiatrických léčen ve prospěch zařízení, která by lépe odrážela domácí prostředí osob s duševní poruchou. Velkou roli hrají ústavní dokumenty: Ústavní zákon č.1/1993 Sb. Ústava České republiky, která zdůrazňuje lidskou důstojnost, dobrou pověst a jméno člověka. Rovněž Ústavní zákon č. 2/1993 Sb. Listina základních práv a svobod se o tyto základní lidská práva opírá.¹¹

¹⁰ Dostupné z: http://capz-esprit.sweb.cz/prispevky/dokumenty/deklar_prava_dusev_nemoc.html

¹¹ JURÍČKOVÁ, L.; IVANOVÁ, K.; FILKA, J. *Opatrovnictví osob s duševní poruchou*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing a.s., 2014. ISBN 978-80-247-4786-6

2 STIGMATIZACE OSOB S DUŠEVNÍM ONEMOCNĚNÍM

2.1 Popis stigmatu

Stigma je charakterizováno jako přívlastek, který má znehodnocující tendenci a může být důvodem diskriminace jeho nositele. Je to znak či stopa, která má za cíl, aby dotyčný byl segregován od společnosti a aby se mu ona společnost stranila. Stigmatizovaný člověk je pak označen jako někdo, kdo má záporné vlastnosti a kdo je negativně hodnocen. Osoby s duševní poruchou jsou velmi častým cílem stigmatizace a je na ně nahlíženo jako na morálně pokleslé, nebezpečné a nepřizpůsobivé.

Stigmatizaci lze popsat jako model, který má 4 základní složky: 1) značkování (labeling) - jsou zde vnímány jisté osobní charakteristiky, které nesou znaky odlišnosti oproti osobní či společenské normě 2) stereotypy – strnulé, nesmlouvavé, pasivní způsoby hodnocení určitých osob v důsledku předsudků. To umožňuje rychlé zařazení určených osob do jisté škatulky a ovlivňuje to i přístup a způsoby chování k těmto lidem.

Stereotypy můžeme rozdělit na autostereotypy, což lze vymezit v souvislosti s tématem psychiatrie, jako názor osob s duševní poruchou k sobě samému a heterostereotypy, což jsou názory zdravých lidí na osoby s duševní poruchou. Typický stereotyp, který je ve společnosti zakořeněn, je představa všech osob s duševní poruchou jako o bláznech, velkou roli zde hrají i masmédiá. 3) separace – dochází zde k jasnému vymezení na my X oni. 4) ztráta pozice – projevy diskriminace, kdy jsou jedinci s duševní poruchou odmítáni, ponižováni, vylučováni, klient je v izolaci.

Stigmatizace má celkový vliv na všechny složky života daného jedince s duševní poruchou, promítá se do oblasti bydlení, vzdělávání, zaměstnání a stín stigmatu také padne na rodinné příslušníky. Často nerozhoduje ani samotná diagnóza, zda má dotyčný psychózu či neurotickou poruchu, to, že u něj proběhne léčba na psychiatrii, jej automaticky škatulkuje mezi duševně choré. Velký problém se to může jevit v souvislosti se zaměstnáním, kdy jedinec musí uvést důvod pracovní neschopnosti. Může také nastat situace, kdy každé drobné vybočení z normy je bráno jako projev vážné duševní poruchy.

Lidé kteří nemají osobně ani pracovně s psychiatrií co dočinění, mají různé postoje k příčinám duševních poruch. Laici je mohou dělit na příčiny charakterové, kam lze zařadit prvky slabosti, zvrhlosti, nemorálnosti, duševní méněcennosti, na organické, kde jsou za příčiny považovány různá dědičná zatížení či je duševní porucha brána jednoduše jako nemoc mozku a na příčiny situační, které jsou kupodivu nejvíce akceptovány a respektovány, protože se má za to, že duševní porucha je zapříčiněna traumatem, zhroucením, žalem, jistými životními ranami, špatnou materiální situací. Jaké mají laici reakce na duševně nemocné se říká značkovací či nálepkovací reakce. Klient může postupně měnit pod vlivem nálepky své chování a postoje či se bude ze všech sil nálepky zbavit.¹²

2.2 Stigma zdravotním pracovníkem a oboru psychiatrie

Stigma oboru psychiatrie je velmi časté. Velkým předmětem stigmatu je psychofarmakoterapie či elektrokonvulzivní terapie. Psychiatrie je často spojována se slovem blázelec a má zde významnou kontrolní složku. Být zařazen do škatulky psychiatrického pacienta, je pro člověka natolik frustrující, že raději tento obor a příslušnou pomoc nevyhledává či využívá služeb somatických lékařů. Proto se mnohdy stává, že lidé s nejrůznějšími diagnózami přichází do služeb psychiatrie velmi pozdě, kdy už je pro ně jejich stav nesnesitelný, chování nápadné a pro okolí i ohrožující.

Stigmatizace zdravotnických pracovníků a psychiatrů bývá spojena s přílišným přeceňováním ohledně závažnosti poruchy např.: obsedantně – kompulzivní porucha či s bagatelizováním či podceňováním duševní poruchy (agorafobie, panická porucha, adaptační porucha, generalizovaná úzkostná porucha). K nálepkování klienta často dochází v případech, kdy lékař automaticky počítá s obtížností léčby, či když je pacient lékaři nesympatický, je nespolupracující, kverulantní apod.

Je vidět, že zde platí nepřímá úměrnost: čím více dochází ke značkování klienta, tím menší je úspěch léčby a tím menšímu počtu klientů je lékař schopen pomoci. Efektivně

¹² OCISKOVÁ, M.; PRAŠKO, J. *Stigmatizace a sebestigmatizace u psychických poruch*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing a.s., 2015. ISBN 978-80-247-5199-3

nefungují ani ochranné či samaritánské přístupy, jelikož tím se dodává klientovi pocit, že nic nemusí, za nic není odpovědný a klienti z toho mohou těžit v podobě sekundárních zisků.

Rovněž potvrzení rádobý diagnóz rodině klienta může způsobit, že rodina nebude vyvíjet žádnou aktivitu a snahu a při sporech s klientem bude zdůrazňovat jeho diagnózu jako příčinu všech obtíží a nesnází.¹³ Je důležité, aby pracovníci ve zdravotnictví neměli předsudky, které automaticky budou brát pacienta jako oběť.¹⁴

2.3 Rodina a stigmatizace + sebestigmatizace

Stigmatizace se automaticky přenáší i na rodinu klienta. V tomto důsledku rodina leckdy nechce, aby se člen jejich rodiny léčil na psychiatrii. Snaží se mu pomoci svými zaručenými prostředky např.: ho povzbuzují, aby se vzchopil, radí mu, aby konečně uzavřel sňatek, pořádně se věnoval svému zaměstnání, aby se začal věnovat svému sexuálnímu životu, zkrátka ho nutí, aby konečně něco pořádného začal dělat.

Poté co je potvrzeno, že se jedná o nějaký druh duševní poruchy, snaží se rodina, aby nadále fungovala jako celek a aby se člen rodiny znovu začlenil zpět do jeho přirozeného prostředí. Pokud nenastane úspěch tak rychle, jak rodina očekává, nastane jakési stáhnutí se a hostilní postoje tzv. vylučovací reakce. Problémy mohou nastat i v udržovací léčbě.

Někteří praktičtí lékaři a psychiatři leckdy nabydou dojmu, že klient je přelékován a radí mu vysazení léků s odůvodněním, že to škodí jejich organismu zejména játrům, nastane u nich závislost apod. zejména u neurotických klientů. Unáhlené vysazení medikace přitom velmi často vede ke zhoršení či navrácení příznaků duševní poruchy.

Ohledně problematiky sebestigmatizace je zde třífázový proces, tzv. internalizace, kdy se jedinec s duševní poruchou ujišťuje ve svých autostereotypech. 1. fáze: nepřijetí okolí

¹³ OCISKOVÁ, M.; PRAŠKO, J. *Stigmatizace a sebestigmatizace u psychických poruch*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing a.s., 2015. ISBN 978-80-247-5199-3

¹⁴ LAST, J.M. *A Dictionary of Public Health*. Oxford: University Press, 2007. ISBN 978-0-19-516090-1

2. fáze: souhlasné reakce na názory okolí 3. fáze: člověk je přijímá jako vlastní= završený proces internalizace.

Chronická duševní porucha ovlivňuje sebepojetí jedince, což zahrnuje změny identity, odlišné sebehodnocení, nízké sebevědomí, odcizení se, obavu z mezilidských kontaktů, automatické přesvědčení, že ostatní budou dotyčného urážet, ponižovat. To vše vede k izolaci, která se projevuje v oblasti: 1) sociální – vyhýbání se ostatním 2) emocionální - není zde prostor ke sdílení svých pocitů 3) kognitivní - neinformovanost, absence vzorů.

Sebestigmatizace má až zničující důsledky. Jedinec bude zvýšeně sebekritický, izolovaný, stydlivý, úzkostný, je zde velmi omezená možnost pozitivního prožívání, velmi častý je vzdor ohledně užívání léků, které v mnohých případech mění pocity a prožívání člověka, problémy také činí nedostatečný náhled jedince na svoji nemoc, což má za důsledek vzdor, neochotu spolupracovat a ztrátu motivace. Duševní porucha se stává dominantním tématem, které ovlivňuje celý klientův život.¹⁵

¹⁵ OCISKOVÁ, M.; PRAŠKO, J. *Stigmatizace a sebestigmatizace u psychických poruch*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing a.s., 2015. ISBN 978-80-247-5199-3

3 SOUČASNÝ SYSTÉM PSYCHIATRICKÉ PÉČE

3.1 Organizace psychiatrické péče

Péče o duševní zdraví je zajišťována na různé úrovni formou různorodých služeb. Cílem je nabídnout co nejvíce kvalitní péči, v oblasti psychiatrické, psychologické, ošetrovatelské a sociální.¹⁶ Aby toto mohlo být uskutečněno, je zapotřebí kvalitní spolupráce, jak mezi jednotlivými zdravotnickými úseky, tak mezi zdravotními, psychologickými a sociálními sektory.¹⁷ Klienty jsou osoby s různými duševními poruchami.

System psychiatrické péče můžeme rozdělit na péči intramurální= institucionální, která je zajišťována na psychiatrických odděleních nemocnic, psychiatrických klinikách ve fakultních nemocnicích a v psychiatrických léčebnách.

Dále je zde péče extramurální= komplementární, která se odehrává mimo instituce= denní stacionáře, chráněné bydlení, chráněné dílny, chráněná pracoviště, domy na půl cesty, terapeutické kluby či svépomocné skupiny osob s duševní poruchou nebo rodinných příslušníků.

Poslední je péče semimurální = psychiatrické ambulance, krizová centra. Jako aktuální se zde v současné době jeví vyšší potřeba psychiatrických ambulancí a sociálních služeb, zejména v oblasti velkoměstských aglomerací.

Psychiatrická oddělení nemocnic jsou zajištěna pro oblast, kde je výskyt minimálně 100 000 obyvatel, což vypovídá o územní vzdálenosti zhruba do 40 km a mohou být zbudována pro více okresů. Mohou fungovat v rámci nemocnic či jednotlivě. Klienti jsou zde hospitalizováni na krátkou dobu a na základě svého osobního souhlasu.

¹⁶ MARKOVÁ, E.; VENGLÁŘOVÁ, M.; BALIAKOVÁ, M. A KOL. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. Praha: Grada Publishing a.s., 2006. ISBN 80-247-1151-6

¹⁷ OREL, M. A KOL. *Psychopatologie – nauka o nemocech duše*. 2.vyd. Praha: Grada Publishing a.s., 2016. ISBN 978-80-247-5516-8

Psychiatrické kliniky fakulturních nemocnic zajišťují psychiatrickou pomoc, služby zdravotního charakteru, konziliární služby, výzkumnou činnost a také výuku vysokoškolských studentů pregraduálního charakteru. V psychiatrických léčebnách se uskutečňuje dlouhodobá léčba osob s různými duševními poruchami, která je dobrovolná či nedobrovolná. Probíhá zde i ústavní ochranné léčení. Jsou zde i osoby, které na základě soudního rozhodnutí podstupují vyšetření svého duševního stavu.

Je zde řada specializovaných oddělení: gerontopsychiatrické, psychotické, poruchy příjmu potravy, léčba závislostí.¹⁸ Zásadní rozlišení mezi psychiatrickými klinikami, psychiatrickými odděleními nemocnic a psychiatrickými léčebnami je nejen v různorodosti diagnóz, ale i v tom, jak dlouho zde člověk pobývá. Na psychiatrických klinikách a odděleních to mohou být dny či týdny, v psychiatrických léčebnách jde o časové úseky ve formě měsíců někdy i let.

Komplementární péče je v určitém ohledu brána jako mezidobí mezi následnou hospitalizací či ambulantní péčí. V širším kontextu by se dalo říci, že díky ní je člověku s duševní poruchou obnovena soběstačnost, autonomie, jedinec obnoví či si vytvoří sociální kontakty, lépe dokáže zužitkovat svůj volný čas či je mu poskytnuta pomoc v pracovní oblasti, formou nácviku pracovních dovedností. V úzkém kontextu je jedinci s duševní poruchou poskytnuta pomoc s návratem do společnosti.

Povinností semimurální péče je zajistit prevenci, diagnostiku, léčení a resocializaci duševních poruch. Tato péče je rozdělena na psychiatrické ambulance, kde klienti za touto službou dochází a je zde možné monitorovat duševní stav jedince. Tato služba je určena i k řešení případných potíží spojených s duševním stavem, které mohou být spojené i s úpravou léků.

Psychiatrické ambulance mohou být předstupněm hospitalizace či mohou sloužit jako další stupeň v léčbě po ukončení hospitalizace.¹⁹ Semimurální péče je také zajištěna

¹⁸MARKOVÁ, E.; VENGLÁŘOVÁ, M.; BALIAKOVÁ, M. A KOL. *Psychiatrická ošetřovatelská péče*. Praha: Grada Publishing a.s., 2006. ISBN 80-247-1151-6

¹⁹ OREL, M. A KOL. *Psychopatologie – nauka o nemocech duše*. 2.vyd. Praha: Grada Publishing a.s., 2016. ISBN 978-80-247-5516-8

ordinacemi pro alkoholismus a jiné toxikomanie, psychiatrickými ambulancemi pro děti a dorost, ambulancemi klinické psychologie a psychiatrické sexuologie.²⁰

Zajímavým výzkumným projektem v této oblasti je Projekt APEL – Audit Práv a Etiky Léčby v psychiatrických léčebnách, který byl realizován v roce 2002, Centrem pro rozvoj péče o duševní zdraví společně s vládním zmocněncem pro lidská práva a Ministerstvem zdravotnictví. S ohledem na kapacitu bylo vybráno 5 psychiatrických léčeben, projekt byl uskutečněn formou dotazníků, které vyplňoval jak personál, tak pacienti.

Hlavní zjištěné potíže byly tyto: 1) nevyhovující zvyklosti v psychiatrických léčebnách - a) ve 3 léčebnách bylo zjištěno, že z důvodu špatného přístupu přijímacího lékaře k faxu, je během víkendu nezajištěna povinnost dát na vědomí soudu nedobrovolnou hospitalizaci do 24 hodin - b) ve všech hodnocených léčebnách je pravidlem, že pacient dává svým podpisem stvrzení nejen s přijetím, ale i s léčbou, další podepsání dokumentů o jednotlivých léčebných úkonech se zde nevyžaduje - c) v žádné z léčeben nebylo pacientovi umožněno, aby mohl nahlédnout do své zdravotní dokumentace, informace o této možnosti nebyla podána

2) problémy zapříčiněné omezeným množstvím personálu - ve všech hodnocených léčebnách pacienti uváděli, že byl problém, aby byl personál dostupný v nočních hodinách
3) nedostatky zapříčiněné stavebním charakterem léčebny - i pacienti, kteří jsou v léčebně na základě svého souhlasu, jsou dáni na uzavřená oddělení z důvodu omezené kapacity otevřených oddělení

4) problémy v systému péče, které lůžková zařízení nemají plnou moc ovlivnit –
a) není dána systematická kontrola, zda jsou dodržována práva v těchto zařízeních ze strany státu a zdravotních pojišťoven - b) nedbalé hodnocení potřeby nedobrovolné hospitalizace ze strany soudů.²¹

²⁰ MARKOVÁ, E.; VENGLÁŘOVÁ, M.; BALIAKOVÁ, M. A KOL. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. Praha: Grada Publishing a.s., 2006. ISBN 80-247-1151-6

²¹ HEJZLAR, P. *Na cestě ke komunitní psychiatrii*. Pardubice: Theo, 2010. ISBN 978-80-904009-6-2

3.2 Příčiny bránící odchodu z dlouhodobé ústavní péče

V důsledku dlouhodobých analýz a provedených rozhovorů se sociálními či jinými pracovníky v okruhu sociálních a zdravotních služeb i lidmi s duševní poruchou lze vyjmenovat několik základních faktorů, které zapříčiňují důvody, na základě, kterých lidé pobývají v zařízeních ústavní péče i přes to, že zdravotní důvody již nejsou aktuální.

Prvním faktorem je nedostačující prevence krizových situací, které jsou spojené se ztrátou bydlení. Systém pomoci není plně adekvátně uzpůsoben na to, aby podchytil všechny rizikové situace, kterým může být člověk s duševní poruchou vystaven. Situace může vyústit v problémové soužití s dalšími obyvateli, případně zničený byt, velmi narušené a zpřetrhané sociální vazby jedince. Okolí poté může vidět jediné řešení v podobě umístění jedince v příslušné zdravotní či pobytové sociální instituci.

Druhým faktorem je obtížně dostupné bydlení. Lidé s duševní poruchou často nemají domov, místo, kam by se mohli po absolvování pobytu v určitém zařízení navrátit. Řeší dluhy, jsou svíráni bludným kruhem exekuce, nemají zaměstnání, invalidní důchod nedosahuje takové výše, ze které by mohli alespoň částečně vyžít, rodinní příslušníci si nepřejí, aby se vrátili zpátky. Smutným faktorem ohledně nedostupnosti bydlení je také fakt, že města, která mají k dispozici bytové jednotky zvláštního určení, mají v podmínkách vysloveně dáno, aby tyto byty neobývaly osoby s duševní poruchou či aby žadatel o byt neměl žádné dluhy, což v mnohých případech jedinci s duševní poruchou nejsou schopni naplnit.

Třetím faktorem je nedostatečná podpora při přechodu klienta ze zařízení do přirozeného prostředí. Za obecný důvod by se dalo považovat, že celý systém je situován směrem *do* institucí. V minulých obdobích zkrátka platilo, že ten, kdo je jednou umístěn do takového typu zařízení, tam většinou zůstává jednou provždy.

Další roli hraje malý počet sociálních pracovníků ve zdravotnických zařízeních. Jejich malý počet s ohledem na velký počet klientů je dostatečným důvodem, proč se pracovníci nemohou věnovat klientům s plným nasazením a jejich agenda je leckdy omezená na vyhledání dalších pobytových služeb.

Psychiatrická zařízení zejména velké léčebny mají velkou dojezdovou dobu, což znamená, že dojezd do nich trvá dlouhou dobu – leckdy se jedná o záležitost hodin. Poté není žádným překvapením, že i na základě tohoto faktu, je člověk vytržen ze svého přirozeného prostředí a je velmi těžké, aby se zapojil zpět do společnosti. Navíc sociální vazby či znalost původního prostředí, je pro klienta po dlouhodobém pobytu v ústavním zařízení velkou neznámou.

Posledním faktorem je stigmatizace a s ní spojené předsudky a stereotypy. Stigmatizace se projevuje ve všech oblastech života osoby s duševní poruchou a leckdy je posilována i některými institucemi, v důsledku jejich pohrdavého, neuctivého a necitlivého přístupu. Dle nich jsou tyto osoby za každých okolností problematické, agresivní a nespolehlivé. Duševní porucha bývá v některých případech příčinou, proč není některým osobám poskytnuta sociální služba bez vnímání toho, jak na tom dané osoby skutečně momentálně jsou.²²

²² *Nedobrovolná hospitalizace psychiatrických pacientů v ČR*. Praha: Liga lidských práv Centrum podpory transformace, 2015. ISBN 978-80-87414-255. Dostupné: file:///F:/Nedobrovolna_hospitalizace_psycheiatrickych_pacientu_v_CR.

4 ZÁKLADNÍ PILÍŘE REFORMY PSYCHIATRICKÉ PÉČE

4.1 Smysl a hlavní cíle reformy

Základním cílem reformy psychiatrické péče je zlepšení a zajištění kvalitního života osob s duševní poruchou. Zejména jde o to, aby péče pro takového člověka byla co nejvíce dostupná, a to nejen pro něj, ale i pro jeho blízké.²³ V rámci reformy se také řeší a koncipují systémové, organizační a legislativní změny, které mají za cíl nejen vytvoření jasných úhradových mechanismů, ale též spolupráci mezi jednotlivými resorty. Cílem není zrušit velké psychiatrické léčebny, jelikož by to vedlo ke zhroucení systému, protože osob v těchto zařízeních je velký počet.

Dalším významným cílem reformy je vznik a rozvoj Center duševního zdraví, podpořit rozvoj ambulantních pracovišť, ale rovněž i vytvoření psychiatrických oddělení v rámci všeobecných nemocnic. Má se za to, že zejména podpora vzniku Center duševního zdraví zajistí snížení kapacitních nároků na tato velká zařízení. První fáze má být zakončena v roce 2023, kde by mělo dojít k vytvoření páteřní sítě komunitní péče o duševně nemocné.²⁴

Strategie reformy psychiatrické péče je založena na 4 základních pilířích. Ambulantní péče je prováděna v psychiatrických ambulancích, které jsou v úzkém pracovním kontaktu s ordinacemi klinických psychologů. Je brána jako vstup do psychiatrické péče. V rámci reformy je třeba: zajistit, aby psychiatrické ambulance byly lépe dostupné, zvýšit počet klinických psychologů, a to i pro děti a dospívající, postarat se o to, aby v těchto zařízeních byli pracovníci nelékařského typu (psychiatrická sestra, sociální pracovník, adiktolog), jejichž spolupráce by zajistila ještě lepší péči o duševní stránku klienta, který krom svého duševního zdraví řeší i řadu jiných úzce souvisejících problémů. Rovněž žádoucí se jeví zintenzivnit spolupráci s registrovanými praktickými lékaři, Centry duševního zdraví i lůžkovými zařízeními.

²³ HOLLÝ, M. *O duši a sexu*. 1.vyd. Praha: Portál, 2016. ISBN 978-80-262-1004-7

²⁴ Dostupné z: http://www.reformapsychiatrie.cz/proc_reformujeme/

Velmi významným prvkem, který by usnadnil a zajistil lepší péči o klienty s duševní poruchou, je zvýšení kvality poskytované péče oproti kvantitě. Znamenalo by to více času na jednotlivé pacienty a tím zkvalitnění péče. Ohledně edukace je třeba, aby bylo zvýšeno vzdělávání psychiatrických sester, jakožto se i zaměřit na psychoterapii a vzdělávání ohledně služeb, které usnadňují návrat klienta do jeho přirozeného prostředí

Psychiatrická oddělení nemocnic jsou další složkou, kde je zajišťována psychiatrická péče. Cílem reformy je jejich navýšení, jelikož se zjistil velký nedostatek těchto lůžek. Dalším cílem je zařídit, aby v zařízeních tohoto typu byla poskytována akutní psychiatrická péče, s tím souvisí i navýšení počtu pracovníků (všeobecné sestry, psychiatrické sestry, psychiatři, kliničtí psychologové i pro dětské klienty, ošetřovatelé). V návrhu ohledně reformy je také řešeno technické vybavení těchto zařízení, cílem je zařídit, aby byly vytvořeny pokoje intenzivní psychiatrické péče, pokoje by měly být max. dvoulůžkové, toto doporučení by ale nemělo vést k tomu, že by počet těchto oddělení měl klesat. Psychiatrická oddělení nemocnic by měla být rozšířena o lůžka gerontopsychiatrická, adiktologická, dětská, která by řešila specifické duševní choroby s ohledem na věkovou strukturu klientů. Ohledně edukace je třeba rozvíjet příslušné psychoterapeutické vzdělávání.

Psychiatrické léčebny jsou zařízeními, které z velké části plní psychiatrickou péči. Důraz v rámci reformy se zde klade na rozvoj následné péče a akutní péče v blízkosti léčeben ve formě Center duševního zdraví a denních stacionářů. Edukace se zaměřuje na komplexní vzdělávání pracovníků v oblasti zdravotní i další péče, s důrazem na psychiatrické sestry, jejichž kompetencí by bylo pracovat v terénu, tudíž i vzdělání by mělo přihlížet k problematice ošetřování v přirozeném prostředí klienta. Praktičtí lékaři sem také spadají také proto, aby se zabránilo skryté psychiatrické nemocnosti. Vzdělání by se rovněž mělo specializovat na pracovníky v sociální oblasti a rovněž na peer pracovníky. Velkou roli hrají také destigmatizační kampaně zaměřené na lékařskou i nelékařskou veřejnost.²⁵

²⁵ Dostupné z: http://www.reformapsychiatrie.cz/wp-content/uploads/2012/11/SRPP_publikace_web_9-10-2013.pdf

4.2 Centra duševního zdraví – smysl, služby, principy práce

Posledním pilířem, který je mezičlánkem mezi lůžkovou a ambulantní péčí jsou Centra duševního zdraví. Slouží jako nízkoprahové zařízení, které poskytuje zdravotně – sociální služby. Jeho hlavní náplní je omezit počet hospitalizací či jejich pobyt zkrátit a pomoci dlouhodobě hospitalizovaným, aby se co nejdříve a efektivně zapojili zpět do společnosti. Za tímto účelem Centrum duševního zdraví koná koordinaci příslušných dostupných služeb, které klient potřebuje, multidisciplinární tým zajišťuje flexibilní službu individualizovanou formou daným klientům příslušné spádové oblasti, bez nutnosti dlouhodobě na poskytnutí služby čekat. Pro zajištění efektivní pomoci je samozřejmá dlouhodobá spolupráce Centra duševního zdraví s příslušnými službami. Cílová skupina tohoto zařízení je: 1) klienti se závažnou formou duševní poruchy, kteří jsou dlouhodobě hospitalizováni ve zdravotních či sociálních zařízeních, patří sem tyto diagnostické okruhy: schizofrenní onemocnění, afektivní a obsedantně – kompulzivní poruchy, specifické poruchy osobnosti. Další důležitou podmínkou je doba trvání poruchy což je alespoň 2 roky a porucha způsobuje funkční narušení 2) osoby, kterým hrozí vážná duševní porucha a je potřeba zasáhnout odborných služeb, zde je adekvátní včas poskytnout správnou diagnostiku a začít s léčbou 3) osoby, které se dostanou na základě svých současných psychických potíží do vážných krizových situací, ale jejich stav nevyžaduje hospitalizaci, v tomto případě je namíste poskytnout vhodnou intervenci.

Pro to, aby práce s klienty byla efektivní a přinášela uspokojení oběma stranám, je důležité, aby měl každý klient určeného klíčového pracovníka, který s klientem konkrétně jedná a zajišťuje jeho péči, návazné služby a pracuje s ním na procesu uzdravy. Klíčový pracovník se také v případě potřeby odkazuje na další členy týmu. Vše záleží na tom, jakou situaci a potřeby klient aktuálně řeší. Velkým přínosem pro práci Centra duševního zdraví je někdo, kdo zažil zkušenost s duševní poruchou, absolvoval různé typy péče od ambulantní po lůžkovou, ví, jak je složité, znovu nastartovat všechny mechanismy a toto vše se dá dobře použít při komunikaci s klienty, kteří získají pocit, že v tom nejsou sami, pokud s nimi bude hovořit někdo, kdo prožíval to, co oni, bude to mít pro ně osvobozující účinek tzv. peer pracovník.

Složení týmu Centra duševního zdraví je založeno na multidisciplinárním principu. To znamená, že je zde více odborníků, kde každý svým dílem odbornosti přispěje ke

společné práci a cíli. 1) psychiatr – je odborníkem ohledně zdravotní péče. Řeší, zda je vhodná hospitalizace, posuzuje vážnost rizikových stavů a situací včetně relapsu. Měl by mít dobré komunikační schopnosti, jak s klienty, tak ostatními členy týmu. Zejména schopnost a ochota přijmout jiný názor, než svůj, se zde jeví jako důležité 2) psychiatrická sestra/všeobecná sestra - jejím úkolem je vyhodnocovat potřeby a zdravotní stav a soběstačnost klienta, sestra pozná, kdy se pacientův stav zhoršuje či zlepšuje. Snaží se pomáhat klientovi s přizpůsobením na nové životní podmínky, které jsou dány skončením hospitalizace, poskytuje poradenskou činnost jak klientovi, tak rodinným příslušníkům.

3) sociální pracovník - koná sociální šetření, poskytuje sociální poradenství, snaží se hledat a podporovat sociální zdroje klienta, z toho také vyplývá např.: spolupráce s rodinnými příslušníky a dalšími blízkými osobami, pomáhá naplňovat klientovi jeho základní finanční potřeby (důchody, příspěvek na péči, dávky související s bydlením), v budoucnu by konal i funkci podpůrce 4) klinický psycholog - těžištěm jeho působení je přímá práce s klienty ve formě individuálních, skupinových, rodinných, párových psychoterapií. Psycholog je také velmi potřebný, v případě, že se vyjíždí za klientem do jeho přirozeného prostředí a zejména v prvokontaktu, zde psycholog vykoná dobrou službu – posoudí zdravotní stav klienta, identifikuje rizikové faktory apod. Je důležitým spolupracovníkem, který může zajišťovat intervizní podporu ostatním kolegům 5) peer konzultant – jejich působení v týmu je různorodé. V ojedinělých případech konají funkci sociálního pracovníka či klíčového pracovníka.

Dle zákona 108/2006 Sb. o sociálních službách ve znění pozdějších předpisů, musí splňovat zákonné požadavky, takže obvykle vykonají rekvalifikační kurz pro pracovníka v sociálních službách. Jejich velkým přínosem je, že dávají zpětný pohled týmu a specificky pracují s klienty. Zejména v případě krizových situací se klient může stáhnout do sebe a peer konzultant je jedinou osobou, kterou k sobě klient komunikačně pustí. Zároveň mohou poskytovat klientům cenné zkušenosti a dodávat jim podporu 6) pracovní konzultant – pracuje na základě podporovaného zaměstnávání, kdy pomáhá klientům, aby byla naplněna pracovní stránka jejich života ať už z hlediska nalezení či udržení zaměstnání na běžném či chráněném trhu práce. Zkoumají pracovní dovednosti, silné stránky či rizika klienta. Jsou v kontaktu s případnými zaměstnavateli a také poskytují podporu klientovi v době, kdy na novém pracovním místě začíná.

Služby, které poskytuje Centrum duševního zdraví jsou následující: 1) služby terénního týmu – hlavní náplní je zajišťování služeb v přirozeném prostředí klienta, a to zahrnuje nejenom práci s klientem, ale i s jeho různorodým okolím. Jedná se o návštěvu kteréhokoli člena týmu s cílem poskytnout zdravotní, zdravotně – sociální či sociální intervenci 2) služby denní péče – jedná se o služby, které jsou zajišťovány v prostředí Centra duševního zdraví. Lze sem zahrnout zdravotní a sociální poradenství, podporu zaměstnávání apod. 3) služby krizové – cílem této služby je zvládnout s pomocí týmu nastupující krizi a zabránit hospitalizaci. Intervence je prováděna v přirozeném prostředí klienta či přímo v Centru duševního zdraví. Na to, že nastupuje krizový stav klienta, může upozornit sám klient, rodina či osoby z blízkého prostředí klienta či klíčový pracovník nebo jiný člen týmu, který průběžně sleduje a hodnotí stav klienta. Krizový stav klienta je zhodnocen klíčovým pracovníkem a lékařem. Na základě výsledku tým vytvoří písemný krizový plán klienta, kdy je jeho situace probírána 3 - 5x týdně a péče se zde zintenzivní.

Po skončení krize je klient vyřazen z kategorie krizová intervence 4) služby psychiatrické - lze sem zahrnout služby, které poskytuje psychiatr a psychiatrická či všeobecná sestra v podobě preventivních intervencí, diagnostiky, terapie, psychiatrická rehabilitace, ošetrovatelské péče, asertivní vyhledávání klienta 5) služby klinického psychologa - jeho popis práce je zmíněn výše 6) Služby psychoterapeutické - hlavní součástí je zde psychoterapeutický plán, který je součástí individuálního plánu klienta a jeho uskutečnění koná psycholog či psychiatr 7) podpora svépomocných činností - jsou zde podpůrné programy pro klienty, jejich rodinné příslušníky. Styčnou roli zde může hrát peer konzultant. Jednotlivé činnosti si připravují klienti samostatně např.: v podobě klubů. Může zde jít i o sdílení zkušeností ve formě svépomocných skupin.

V rámci zákona 108/2006 Sb. o sociálních službách ve znění pozdějších předpisů koná Centrum duševního zdraví tyto sociální služby: sociální rehabilitace, z hlediska ambulantní služby např.: ambulantní forma sociální rehabilitace, sociálně aktivizační služba pro osoby se zdravotním postižením, sociálně terapeutická dílna, krizová pomoc, telefonická krizová pomoc. Cíle reformy v oblasti Center duševního zdraví je vzájemná propojenost se zdravotními a sociálními službami, je také snaha o transformaci psychiatrických ambulancí

v Centra duševního zdraví, zařadit jejich fungování do zdravotnické legislativy. Je zde i důraz na vzdělávání členů těchto organizací s důrazem na psychiatrické sestry.²⁶

²⁶ Dostupné z: http://www.reformapsychiatrie.cz/wp-content/uploads/2012/11/SRPP_publikace_web_9-10-2013.pdf

5 SYSTÉM OPATROVNICTVÍ PRO OSOBY S DUŠEVNÍ PORUCHOU

5.1 Svěprávnost a nová právní úprava

Od 1.1.2014 je v účinnosti nový občanský zákoník, který je obsažen v zákonu č. 89/2012 Sb. ve znění pozdějších předpisů, který řeší a také mění téma svěprávnosti a opatrovnictví. Nový občanský zákoník se postaral o navrácení pojmu svěprávnost. Dřívější pojem způsobilost k právním úkonům je zrušen. Rovněž pojem právní úkon byl nahrazen pojmem právní jednání. Ohledně svěprávnosti není rozhodující, zda dotyčný disponuje nějakými právy, ale jde o možnosti a způsob, jak je může vykonávat.²⁷

Přesně je tento pojem definován takto: „*Svěprávnost je způsobilost nabývat pro sebe vlastním právním jednáním práva a zavazovat se k povinnostem (právně jednat).*“²⁸

Situace, kdy je člověk závislý na pomoci druhých osob a jeho fyzické schopnosti jsou omezeny, tak že je upoután na lůžko, neznamená, že by nebyl schopen právního jednání a byl nesvěprávný, ačkoli se to tak může na první pohled jevit. Za osobu blízkou jsou považovány nejen příbuzné osoby v přímé řadě (rodiče, prarodiče, děti) dále sourozenec, manžel, registrovaný partner, ale i osoby, které spolu žijí trvale. Největší změnou a také přínosem i pro osoby s duševní poruchou je zrušení možnosti zbavit člověka svěprávnosti. Platí již pouze omezení svěprávnosti, kde nový občanský zákoník nabízí řadu alternativ. V případě, že osoba byla zbavena způsobilosti k právním úkonům, podle dřívější úpravy zákona je od 1.1.2014 automaticky považován za omezeného ve svěprávnosti, není zde ale popsáno na jak dlouhé časové vymezení.

²⁷ MATIAŠKO, M.; HOFSCHEIDEROVÁ, A. *Manuál sociálního pracovníka, Svěprávnost a právní ochrana uživatelů sociálních služeb podle zákona č. 89/2012 Sb., Občanský zákoník.* Zlín: ZSTUDIO, 2015. Dostupné z: file:///C:/Users/User/AppData/Local/Temp/manual-socialniho-pracovnika.pdf

²⁸ MATIAŠKO, M.; HOFSCHEIDEROVÁ, A. *Manuál sociálního pracovníka, Svěprávnost a právní ochrana uživatelů sociálních služeb podle zákona č. 89/2012 Sb., Občanský zákoník.* Zlín: ZSTUDIO, 2015. str.9 Dostupné z: file:///C:/Users/User/AppData/Local/Temp/manual-socialniho-pracovnika.pdf

Soudy by tedy měly být povinny do 1.1.2017 projít všechny případy, kde bylo rozhodnuto o omezení či zbavení způsobilosti k právním úkonům a určit další časové vymezení. Jinak se tyto osoby automaticky stanou plně svéprávné.²⁹

5.2 Omezení svéprávnosti

Omezení svéprávnosti je nejvíce omezující zásah do práv jedince s duševní poruchou. Zákon ho uvádí jako výjimku – ne absolutní pravidlo. V současném občanském zákoníku je problematika svéprávnosti detailněji rozpracována, ať už z hlediska podmínek či doby trvání či kontroly. Starý občanský zákoník byl v této problematice velmi restriktivní, nesmiřitelný a strohý. Uvedené možnosti platily pro všechny bez rozdílu a neposkytovaly prostor pro individualitu a potřeby člověka. Navíc starý občanský zákoník je nevyhovující i z hlediska měnícího se přístupu k osobám s duševní poruchou a také k procesu reformy psychiatrie.

Podmínky k omezení svéprávnosti jsou následující:

1) přítomnost duševní poruchy, která nemá přechodný charakter a omezuje člověku právně jednat – duševní porucha nesmí být krátkodobá, což má za důsledek např.: stres či náhlá depresivní onemocnění. Rozhodnou roli zde bude mít znalecký posudek z oboru psychiatrie. Soud bude rovněž zajímat, jak se posuzovaná osoba chová ohledně zařizování vlastních záležitostí, které se týkají zejména majetku a jeho spravování. Nový občanský zákoník rovněž upozorňuje na skutečnost, že komunikační problémy u osob s tělesným či smyslovým postižením nejsou adekvátní pro to, aby bylo těmto osobám nějakým způsobem zasaženo do svéprávnosti. Ústavní soud rovněž jasně rozhodl, že existence duševní poruchy nesmí zapříčinit omezení svéprávnosti.

2) zájem člověka - soud by měl přistupovat uvážlivě a vždy se ptát, zda je omezení svéprávnosti činěno v zájmu posuzovaného člověka či je zde sledován zájem jiné osoby, instituce apod. Jako příklad můžeme uvést osobu, která stále vyžaduje pozornost státních

²⁹ MATIAŠKO, M.; HOFSCHEIDEROVÁ, A. *Manuál sociálního pracovníka, Svéprávnost a právní ochrana uživatelů sociálních služeb podle zákona č. 89/2012 Sb., Občanský zákoník*. Zlín: ZSTUDIO, 2015. Dostupné z: <file:///C:/Users/User/AppData/Local/Temp/manual-socialniho-pracovnika.pdf>

orgánů svými stížnostmi. Je tedy brána jako chronický stěžovatel. Pokud je v tomto případě člověk omezen ve svéprávnosti, výsledkem je ochrana daných orgánů ne člověka. Do zájmu jedince je třeba zahrnout všechny oblasti jako je osoba, důstojnost a majetek člověka.

3) zhlédnutí člověka – znamená povinnost soudu se s jedincem, který má být omezen na svéprávnosti osobně seznámit. Jako problematické se zde jeví nepřesné zakotvení v zákoně, které vysloveně neurčuje, že toto seznámení by měl vykonat přímo soudce. Praxe v jednotlivých oblastech je proto velmi odlišná. Někde na základě schválení soudce tento úkon vykonává soudní úředník. Tato praxe se ale nejeví příliš šťastně, jelikož je nutné zdůraznit, že se zde rozhoduje o velmi závažném zásahu do integrity člověka. Jsou zde 2 možnosti, jak zhlédnutí člověka realizovat. Soudce se s člověkem setká na jednání, kde dojde ke zhlédnutí či soudce navštíví posuzovanou osobu v jeho přirozeném prostředí či instituci, kde pobývá. Co se týče návštěvy v institucionálního zařízení, jiná možnost u některých osob ani není.

4) reálná hrozba vzniku závažné újmy – tato podmínka při udělení omezení svéprávnosti se jeví jako nejvýznamnější. Hrozba se může týkat jak osoby, tak majetku. Hrozba musí mít závažný charakter a nebýt jen v hypotetické rovině. Člověk by si na základě své svéprávnosti mohl způsobit závažnou újmu. Je třeba se soustředit na míru rizika, osobnost člověka, jeho schopnosti a také současnou životní situaci – kde a s kým člověk pobývá, jakým způsobem má uspořádán svůj den, do jaké míry je schopný řídit své záležitosti, kde se může setkat s rizikem a jak ho doposud řešil.

5) plné uznání práv a osobní jedinečnosti člověka (přísná individualizace omezení) - tato podmínka úzce souvisí s výše uvedenou. Je nutné zohlednit různé okolnosti, jako je osobnost člověka, jeho současná životní situace. O omezení svéprávnosti by nemělo být rozhodováno automaticky a nedbale.

6) nemožnost využít mírnějšího a méně omezujícího opatření – znamená to zhodnotit všechny varianty, které přicházejí v úvahu (nápomoc při rozhodování, zastoupení členem domácnosti, zajištění sociální služby, o kterých bude dále hovořeno) a když žádnou z mírnějších variant nelze využít a zrealizovat, pak se má přistoupit k omezení svéprávnosti. Další možností je opatrovnictví bez omezení svéprávnosti tzv. návrhové opatrovnictví. V těchto případech není riziko, že by zde hrozila vážná újma. Návrh na tento typ opatrovnictví podává osoba, která ho žádá a může podat návrh i na jeho odvolání. Je třeba ale přihlídnout k duševním schopnostem člověka, u kterého není třeba, aby byl omezen ve svéprávnosti, ale

on sám není schopen podání návrhu. Může mu být tedy soudem určen opatrovník, a to i bez návrhu. Jmenovaným opatrovníkem může být i obec, nesmí to být ale jakékoli zařízení či jeho zaměstnanec, je tu riziko střetu zájmů. Opatrovník je povinen jednat dle vůle opatrovance. Pokud by hrozilo, že není možné vědět, jaká je vůle opatrovance, je zde nutnost oslovit soud, který učiní rozhodnutí.

Soud má za povinnost vymezit rozsah, v jakém je člověk omezen na svéprávnosti. Je třeba vše přesně popsat a konstatovat a nevyslovovat neurčitá vyjádření tzv. vágní výrok. Pokud to ve formulaci soudu zazní, je to bráno jako nezákonné. Je zásadní, aby soud vyřkl negativní formulaci výroku, to znamená, aby zaznělo, čeho člověk není schopen. Pozitivní vyjádření jsou brána jako nezákonná. Člověk může být omezen ve svéprávnosti maximálně na dobu tří let. To, že je jedinec omezen ve svéprávnosti neznámá, že se nemůže rozhodovat a konat určité věci ohledně běžných záležitostí (zajištění stravy, koupení novin, kulturní akce, využívání poštovních služeb). Zákon také určuje, aby opatrovník dodatečně souhlasil s chováním či úkonem osoby s omezenou svéprávností.³⁰

5.3 Nové právní alternativy v problematice svéprávnosti

5.3.1 Nápomoc při rozhodování

V minulosti ohledně opatrovnictví platilo tzv. náhradní rozhodování. Výrazně se tím omezovala práva klienta. Nyní nový občanský zákoník uvádí tzv. podporované rozhodování. Zjednodušeně by se dalo říci, že klient si určí svého podpůrce, který mu bude nápomocen v rozhodování, jelikož duševní porucha mu ztěžuje rozhodování. Klient si může určit více podpůrců. Bylo by ale omylné domnívat se, že podpůrce rozhoduje za klienta. Nemá k tomu plnou moc, tudíž má jiné pravomoci než např.: opatrovník. Závěrečné rozhodnutí vykoná klient sám. Podpůrce musí vždy chránit zájem klienta. Může mu pomoci i tím, že uvede neplatnost právního jednání, pokud by klient např.: uzavřel smlouvu, která by se jevila jako nevýhodná. Základem tohoto právního institutu je smlouva. Může být v ústní či písemné podobě. Určí se zde klient a podpůrce, vymezí se, v čem bude podpůrce nápomocen, kde

³⁰ Tamtéž

bude asistovat. Mohou se zde přesně vypsát vymezené situace. Smlouvu je povinen schválit soud a nabývá účinnosti dnem jejího schválení. V případě ústní smlouvy, je třeba projevít účast u soudu, aby byla schválena tam. Je možné, aby podpůrce vykonával i poskytovatel sociálních služeb, nicméně vše je třeba ve smlouvě řádně upravit zejména vymezení pravomocí, aby nedošlo ke střetu zájmů.³¹

5.3.2 Zastoupení členem domácnosti

O tomto právním institutu rozhoduje soud, je zde omezený okruh osob, které toto mohou vykonávat. Je zde několik zákonných podmínek. Duševní porucha zabraňuje člověku právně jednat. Jedná se tedy o závažnější duševní stavy, které vyžadují, aby druhá osoba vyloženě činila úkony za klienta. Člověk musí dosáhnout zletilosti. Další podmínkou je absence jiného zástupce – neznamená to, že by člověk s duševní poruchou musel odvolat svého např.: svého opatrovníka (pokud ho má), člen domácnosti může klientovi pomáhat ve vymezených oblastech, stejně jako opatrovník. Pole jejich působnosti bude jasně rozlišeno, pomáhat danému člověku ale mohou oba. Různé právní instituty lze různě využívat. Existence příbuzného nebo osoby, která s člověkem žila před vznikem zastoupení ve společné domácnosti alespoň 3 roky – může se jednat o příbuzného člověka (dětí, sourozenec, manžel, partner), zde není podmínka o společné domácnosti, nebo osoby které nejsou příbuzní, zde je to ale podmíněno společnou domácností. Není tím myšleno pouze to, aby osoby společně obývali jednu domácnost, je zde i podmínka společného hospodaření. (druh, otčím, zeť). Uzavření dohody o zastoupení mezi člověkem a zástupcem z členů domácnosti – písemná forma není podmínkou, zástupce musí přesně a srozumitelně člověku vysvětlit, v čem bude spočívat jeho pozice, zastoupený má právo toto odmítnout.

Poslední zákonnou podmínkou je schválení dohody o zastoupení členem domácnosti soudem – je potřeba, aby soud vyjádřil své souhlasné schválení. V tomto případě soud zjišťuje názor zastoupeného. Zastupovaný si může určit více zástupců, kteří si mezi sebou podělí povinnosti, jde ale o to, aby se vždy shodli, pokud ne, pro zastupovaného nevznikají žádné závazky. Zástupce má za úkol chránit zájmy zastoupeného a starat se o naplňování

³¹ Tamtéž

jeho práv, jeho činnost spadá pod obvyklé záležitosti, na základě životních poměrů zastoupeného např.: pravidelné nákupy a platby, placení inkasa, pojistného, daní, poštovní záležitosti, zastoupení v řízení o žádostech o přiznání dávek apod. Do běžných záležitostí nespadá např.: prodej nemovitosti, koupě automobilu, či schvalování zásadních lékařských zákroků. Zastoupení nemá vymezenou časovou lhůtu. Nezakládá se na takových formalitách jako opatrovnictví. Zastoupení zaniká, pokud si to zastupovaný již nepřeje, či zástupce tuto funkci odmítne. Soud zde může také zasáhnout, pokud obdrží podnět, který je podán kýmkoli a soud ho prozkoumá.³²

5.3.3 Předběžné prohlášení

Je to právní nástroj, kde dotyčný člověk může naplánovat svoji budoucnost pro období, kdy nebude schopen v důsledku nemoci či stáří řešit a rozhodovat své záležitosti. Člověk v prohlášení může naplánovat řadu věcí. Může zde být obsaženo, kdo má v budoucnu řešit jeho záležitosti, jakým způsobem, či rovnou ustanovit opatrovníka. O předběžném prohlášení se dá hovořit jako o závěti v průběhu života. Předběžné prohlášení musí být zajištěno ve formě veřejné listiny či vlastní listinou, kde mají být dva svědci. Ti o sobě v tomto dokumentu uvedou své základní identifikační a kontaktní údaje, podepsat prohlášení a být schopni potvrdit schopnost prohlašujícího, že je schopen v onu dobu jednat a znát i obsah prohlášení. Svědci by měli být neutrálního charakteru, neměl by to být např.: správci, opatrovníci či osoby, které se zajímají o majetek daného člověka, který činí prohlášení. Prohlášení vykonané formou veřejné listiny, kde je ustanoven opatrovník je vhodné i v případě, pokud člověk pozbyde svých rozhodovacích a duševních schopností a bude se rozhodovat o určení opatrovníka, soud se bude zajímat, zda dotyčný vykonal předběžné prohlášení a pokud ano, opatrovník bude automaticky vybrán na základě tohoto prohlášení. Tento právní nástroj lze odvolat. Nabývá účinnosti, kdy schopnosti osoby, která ho pořídila právně jednat už nejsou možné. Určit tento okamžik je velmi složité, může se jednat o určité časové vymezení, kdy člověk začal v důsledku snížených schopností využívat konkrétní pobytové sociální služby apod.

³² Tamtéž

Existují i situace, kdy se předběžné prohlášení nemusí respektovat. Jedná se zde o pravidlo podstatné změny okolností. Využívá se v případě, kdy se okolnosti natolik pozmění, že je nutné přehodnotit předběžné prohlášení. O tom rozhoduje soud. Může se jednat o situaci, kdy člověk sepíše prohlášení, jehož obsahem je přání, aby dožil ve vlastním domě. Jeho zdravotní stav se ale může více a více zhoršovat a bude nutné ustanovit opatrovníka, tím se může stát např.: jeho syn. Pokud ten usoudí, že nastaly závažné okolnosti, které mění celou situaci a člověka je třeba umístit do určité služby, musí se opatrovník obrátit na soud a ten rozhodne. Jinak je třeba za každých možných okolností brát ohled na předběžné prohlášení člověka. Může se stát, že prohlášení nemá správně všechny potřebné formalities a tím pádem je neplatné. Vychází se ale vždy z vůle člověka, tudíž i když prohlášení nesplňuje vše potřebné např.: správný počet svědků, ale je prokázáno, že člověk činil prohlášení pomocí své vůle, o které není třeba pochybovat, soud rozhodne o platnosti prohlášení.³³

5.4 Řízení o svéprávnosti člověka

Tento druh řízení je upraven zákonem o zvláštních řízeních soudních a jedná se o tzv. nesporné řízení, což znamená, že příčinou zahájení řízení nemusí být žádný spor mezi stranami. Lze ho zahájit i bez návrhu. Je ale oprávněn ho podat jak člověk, jehož se řízení týká tak např.: poskytovatel sociálních služeb. I v případě, že poskytovatel nebyl aktivní v podání návrhu např.: z toho důvodu, že výše zmíněné řízení zahájil soud na základě své úřední povinnosti, může se poskytovatel zapojit do tohoto procesu a být zástupcem daného člověka. V tomto řízení je příslušný okresní soud v místě bydliště člověka. V případě nedobrovolné hospitalizace či umístění je příslušným soudem ten, který je v místě daného zařízení.

Člověk, o jehož svéprávnosti se rozhoduje, má k dispozici ohledně zastoupení tzv. procesního opatrovníka pro dané řízení, který má za úkol ochranu jeho zájmů. Je třeba aby byl vhodně určen a vybrán, aby zde nehrozil střet zájmů. Dále má dotyčný člověk právo zvolit si zmocněnce. Tím může být kdokoli – jedinou podmínkou je jeho plná svéprávnost a musí v soudním řízení působit osobně a nenechat se zastupovat. V procesu dokazování je

³³ Tamtéž

třeba podat všechny potřebné a využitelné důkazy. Může to být např.: anamnéza klienta, individuální plány, vyslechnutí klíčového či sociálního pracovníka. Je třeba důrazně upozornit na praxi některých soudů, považovat za jediný rozhodující důkaz znalecký posudek od příslušného odborníka. Takový přístup je nezákonný. Je třeba také mít k dispozici co nejvíce aktuální znalecký posudek. Znalec je povinen člověka shlédnout a vyšetřit (třeba i v pobytovém zařízení, kde klient aktuálně žije). Nesmí být upokojen staršími lékařskými zprávami, sám musí být v tomto procesu aktivní. Na rozdíl od povinnosti soudu, aby posuzovaného člověka zhlédnul, zde není povinnost, aby byl člověk vyslechnut.

Zákon popisuje jisté výjimky např.: pokud dotyčný vůbec nemluví, či by mu to mohlo zapříčinit velkou újmu. Zároveň ale platí, že pokud na vyslechnutí člověk trvá, musí mu být vyhověno. Řízení o svéprávnosti nemusí probíhat pouze v soudních prostorách. Platí zde institut tzv. jiného soudního roku, kdy je možné, aby jednání bylo provedeno mimo budovu soudu a mimo obvyklou úřední dobu. V praxi to znamená, že řízení o svéprávnosti může být vykonáno např.: v zařízení, kde klient nyní žije. Pro některé klienty je tato varianta velmi úlevná a osvobozující, jelikož se ve svém prostředí cítí dobře a bezpečně, nemusí být stresováni autoritativním prostředím, a přesto mohou využít svého práva aktivně se řízení zúčastnit a spolurozhodnout o svém dalším životě. Poskytovatel služeb je oprávněn podat návrh, aby řízení probíhalo v prostorách uvedených výše. Soud k tomuto ale nemusí přihlídnout a není možné, proti tomuto rozhodnutí podat odvolání. Je možné podat ústavní stížnost či stížnost na nevhodné chování soudních osob. Posuzovaná osoba má ze zákona nárok, aby jí rozhodnutí o výsledku řízení bylo doručeno. Daná osoba by také měla být náležitě poučena o důsledcích, které z rozhodnutí vyplývají. V případě, že vyjde najevo, že u posuzovaného člověka není zapotřebí omezení svéprávnosti (nejsou k tomu splněny podmínky), soud se přikloní k některé z mírnějších variant (zastoupení členem domácnosti, opatrovnictví bez omezení svéprávnosti, nápomoc při rozhodování).³⁴

5.5 Systém opatrovnictví

Nový občanský zákoník výrazně upravil a svým způsobem zjednodušil rozhodování o určení opatrovníka. Dříve platilo, že soud učinil rozhodnutí o omezení či zbavení

³⁴ Tamtéž

způsobilosti k právním úkonům a poté přistoupil k určení opatrovníka. Nyní platí že současně s řízením, které člověka omezí na svéprávnosti je určen opatrovník. V první řadě se výrazně sleduje přání opatrovance, který může určit formou předběžného prohlášení, kdo má být jeho opatrovníkem. Pokud zde toto prohlášení není, soud bere v potaz i doporučení příbuzných opatrovance, kteří se o něj aktivně zajímají. Soud ale nemá za povinnost vždy schválit přání opatrovance, protože zde platí, aby navrhovaná osoba byla plně svéprávná. Pokud tedy není splněno přání opatrovance, soud určí za opatrovníka příbuzného či jinou blízkou osobu. V případě, že není reálná ani tato možnost, navrhne soud osobu, která je schopná dostát povinnostem opatrovníka či je zvolen veřejný opatrovník nejčastěji obec. Člověk, který má vykonávat funkci opatrovníka s ní nemusí souhlasit. Jiné je to v případě obce, která návrh nesmí odmítnout.

Opatrovníkem se nemůže stát osoba, která je sama omezena ve svéprávnosti, jelikož by nemohla chránit zájmy a práva opatrovance. Opatrovníkem nesmí být ani osoba, u které hrozí střet zájmů s opatrovancem. Dále to nemůže být ani zařízení, kde dotyčný pobývá či jejich služeb využívá. Člověk může mít pouze jednoho opatrovníka. Výjimku tvoří situace, kdy je řešena správa jmění člověka – zde může být více opatrovníků. Opatrovník musí postupovat v zájmu opatrovance. Jeho přání a vůle jsou přednostní. Musí chránit jeho zájmy a práva, dohlížet na jeho zdravotní stav, adekvátním způsobem a v přiměřeném rozsahu s ním být v kontaktu. Mohou nastat ale záležitosti, kdy nebude možné a ani vhodné, aby bylo respektováno přání opatrovance. Může se jednat o situace a úkony, kdy by bylo vážným způsobem v ohrožení zdraví opatrovance či jeho majetek. Běžné záležitosti, které se týkají správy jmění jako je např.: placení daní, inkasa, pojistného apod. nemají zapotřebí, aby byly schváleny soudem.

V záležitostech, které nejsou běžného charakteru, ale třeba schválení soudu je. Jedná se o situace: nabytí nemovité věci pro opatrovance či nemovitou věc opatrovance zničit či ji nějakým způsobem zatížit, způsobit odmítnutí dědictví, učinit za opatrovance uzavření smlouvy, která by způsobila trvalé či opakované plnění po dobu delší než tři léta. Pokud opatrovník zemře, či je odvolán, neznamená to, že by pro dané období, než je ustanoven nový žádný neexistoval. Veřejným opatrovníkem se stává obec zpravidla ta, kde má opatrovanec bydliště. Pojem bydliště ale není automaticky trvalé místo pobytu. Je to místo, kde se člověk rozhodne trvale žít, pokud se nějak výrazně nezmění okolnosti. Takto je to

dáno zákonem a není třeba proto, aby soud rozhodoval. Toto opatření je zde z důvodu, aby byla dále chráněna a nezanedbávána práva opatrovance.³⁵

5.6 Veřejné opatrovnictví

Funkci veřejného opatrovníka konají nejčastěji obecní či městský úřad zastupovaný konkrétní osobou. Veřejný opatrovník má k dispozici informace o opatrovanci z rozsudku, znaleckého posudku či prostřednictvím ošetřujícího lékaře. Zjišťuje, v jakém prostředí a podmínkách klient bydlí, jaké je jeho rodinné zázemí, zda má vyřízené osobní doklady, jaké pobírá příjmy (invalidní důchod, jiné typy dávek), zda má k dispozici různé typy lékařů (praktický, psychiatr, psycholog), zda vlastní nějaký majetek, u které zdravotní pojišťovny je zaregistrován, zda je zadlužený, jak dlouhá byla jeho hospitalizace ve zdravotnickém či ústavním zařízení, jaká jsou jeho přání a potřeby.

Velmi důležité je, aby opatrovanec adekvátním způsobem pochopil, co funkce veřejného opatrovníka obnáší. Pokud klient k dispozici osobní doklady nemá (občanský průkaz, rodný list, průkaz zdravotního pojištění, slevy na dopravu) veřejný opatrovník je nápomocen při jejich vyřizování. Rovněž se zajímá o jiné důležité smlouvy (nájemní) apod. Veřejný opatrovník zajišťuje opatrovanci jídlo a další důležité potřeby formou nákupů, či doprovází klienta při těchto nákupech. Doporučuje se, aby veřejný opatrovník poskytl opatrovanci co nejvíce samostatnosti v této oblasti, pokud je to funkčně možné. Opatrovník pomáhá klientovi i v oblasti bydlení – vyhledává bydlení, jedná s vlastníky bytů, koná úhrady za bydlení. Je doporučeno, aby opatrovník poskytl pronajímateli informaci o tom, že opatrovanec má k dispozici veřejného opatrovníka. Rovněž se vyplatí, pokud je sjednáno pojištění domácnosti. Opatrovník rovněž figuruje při podepisování různých druhů smluv (nájemní, dodávky energií), zde je důležité zjistit, zda v případě těchto smluv nejsou nevyřešené dluhy. Také zařizuje opatrovanci důchod, přebírá ho za něj a je aktivní i ve vyřizování a zajišťování dalších dávek a služeb (příspěvek na péči, dávky pomoci v hmotné nouzi).

³⁵ Tamtéž

Opatrovník rovněž řeší oblast léků – nákup, vyzvedávání, ověřování si u dotyčného lékaře, zda opatrovanec léky užívá, shání mu dotyčného lékaře, může k němu opatrovance doprovázet. Řeší s opatrovancem jeho dluhy – obesílá dané společnosti a zjišťuje, zda má opatrovanec dluhy, domlouvá s finančními institucemi splátkové kalendáře apod. Veřejný opatrovník spolupracuje se soudy a řadou jiných institucí a rovněž také s rodinnými příslušníky. I oni by měli být řádně informováni o náplni práce veřejného opatrovníka, jelikož řada rodin může nabýt dojmu, že opatrovník se kompletně stará o opatrovance a že jakási osoba blízká. Je nutné rodinu z tohoto omylu vyvést a uvést na pravou míru, že veřejný opatrovník je zaměstnán se stanovenou pracovní dobou a to, že jejich člen rodiny má opatrovníka neznamená, že bude mít nějaké výhody např.: přednostní zajištění místa v zařízení sociálních služeb.³⁶

5.7 Řízení o opatrovnictví člověka

Podobně jako u řízení o svéprávnosti lze i v tomto případě zahájit řízení podáním návrhu i bez návrhu. Může ho podat každý, kdo má práva tudíž právní osobnost. Je zde možná i ústní forma, která bude zařazena do protokolu u každého okresního soudu. Co lze zahájit na návrh opatrovance je však řízení, kde bude předmětem zjišťování jeho vůle. O problematice opatrovnictví bude rozhodovat soud v jehož obvodu je bydliště opatrovance. Pokud se nepodaří zjistit bydliště opatrovance či je u řízení nepřítomen, bude příslušným soudem ten, v jehož místě se nachází majetek opatrovance. Řízení o omezení svéprávnosti a opatrovnictví člověka je povinné spojit a projednat a rozhodnout současně. V tomto případě bude adekvátním soudem, ten, který řeší svéprávnost.

Soudu budou účastny navrhovatel, opatrovanec, osoba, která se ujme funkce opatrovníka, popřípadě osoba, která má být odvolána z funkce opatrovnictví. Stejně jako u řízení o omezení svéprávnosti je zde možnost, předložit soudu všechny potřebné důkazy, listiny, dokumenty. Rovněž je zde povinné zhlédnutí člověka a adekvátním způsobem, který bude pro posuzovanou osobu přiměřený zjistit její názor na věc. Rozhodnutí má být

³⁶ JURÍČKOVÁ, L.; IVANOVÁ, K.; FILKA, J. *Opatrovnictví osob s duševní poruchou*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing a.s., 2014. ISBN 978-80-247-4786-6

vyjádřeno pozitivním výrokem, což znamená, že soud určí povinnosti opatrovníka - tedy co opatrovník bude činit, v jakých situacích bude zastupovat opatrovance. Opatrovník podléhá kontrole soudu, který je povinen zjišťovat, jak opatrovník plní své povinnosti vzhledem k osobě či majetku opatrovance. Pokud opatrovník nedostojí své funkci a nechová se v jejím souladu, soud ho odvolá a určí jiného.³⁷

5.8 Opatrovnická rada

Opatrovnická rada je kolektivním orgánem, který zajišťuje kontrolu činnosti opatrovníka. Její význam spočívá ve výše zmíněné kolektivnosti, kdy více osob rozhoduje o důležitých záležitostech opatrovance a vše nezáleží na jedné osobě, která by řídila život člověka. Její složení je zastoupeno počtem tří osob z okolí opatrovance. Zasedání probíhá alespoň jednou ročně. Opatrovnická rada řeší zprávy od opatrovníka, dává souhlas či nesouhlas s rozhodnutími opatrovníka a může rozhodnout o jeho odvolání, změně osoby, která bude zastávat funkci opatrovníka. Opatrovnická rada vzniká na základě dvou podnětů. Prvním podnětem je, aby člověku byl ustanoven opatrovník. Druhým podnětem je, aby opatrovanec či jemu blízká osoba učinila žádost na ustanovení opatrovnické rady. Tato žádost se v písemné formě předává opatrovníkovi. Pokud jsou ohledně žádosti nějaké problémy ze strany opatrovníka např.: ignorace, nezájem lze se obrátit na soud. Ten ustanoví další schůzi, nemá oprávnění zasahovat do výběru členů a jmenovat je. Schůze bude účasten opatrovanec, blízké osoby a kdokoli z jeho přátel. Opatrovnická rada bude ustanovena, pokud bude účastno alespoň pět osob, do nich se počítá i opatrovanec. Jejím členem může být osoba, která dokáže, že má o opatrovance dlouhodobý zájem a bude brát zřetel na jeho potřeby. Nemůže jím být opatrovník kvůli střetu zájmů. Opatrovnická rada rozhoduje o osobních věcech opatrovance např.: změna bydliště, s čímž souvisí i umístění do uzavřeného ústavu a také o majetkových věcech. Pokud opatrovanec, opatrovník či někteří členové opatrovnické rady neučiní souhlas s rozhodnutím tohoto právního institutu, je možné do 15 dnů usilovat u soudu o zrušení daného rozhodnutí opatrovnické rady.³⁸

³⁷ Tamtéž

³⁸ Tamtéž

6 SOCIÁLNÍ PRÁCE S DUŠEVNĚ NEMOCNÝMI OSOBAMI

6.1 Sociální práce v zařízeních lůžkové péče

Sociální pracovníci v těchto zařízeních jsou pod dohledem příslušného oddělení a vedoucího lékaře. Z hlediska metodiky jsou řízeni vedoucím sociálním pracovníkem. Provádí anamnestická šetření, kdy probíhá rozhovor s pacientem, když je přijat na oddělení, aby se dozvěděl základní informace o pacientovi, ať už co se týče rodiny, zaměstnání, finanční stránky apod. Tyto pohovory jsou opakovány i poté, co je pacient vícekrát hospitalizován, protože jeho sociální prostředí a podmínky mohly projít výraznými změnami. Sociální pracovník je rovněž pacientovi nápomocen při jeho adaptačním procesu. Jeho spolupráce probíhá rovněž s orgánem sociálně – právní ochrany dětí (OSPOD), v případě, kdy má pacient v péči nezaopatřené dítě. Rovněž řeší s pacientem otázku bydlení, které se mu snaží pomoci zajistit po jeho absolvované hospitalizaci, pokud se pacient nemůže vrátit zpět do svého přirozeného prostředí např.: v důsledku rozvodového řízení. Sociální pracovník řeší také problematiku sociálního zabezpečení např.: ohledně nemocenských dávek, zpětného přiznání pracovní neschopnosti, zde je důležitá komunikace s posledním zaměstnavatelem pacienta či danou správou sociálního zabezpečení. Rovněž spolupracuje s lékaři ohledně žádostí o invalidní či starobní důchod. V kompetencích sociálního pracovníka v těchto druzích zařízení je také nápomoc při řešení finančních potíží – dluhové pasti, exekuce. Doprovází pacienta na soudní líčení, pomáhá mu také s podáváním odvolání.³⁹ Mezi metody práce lze zařadit rozhovor, intervenci a edukaci. Jako velký problém se jeví necitlivý a přezíravý přístup úřadů, jak co se týče povědomí o duševních nemocech, tak v samotném jednání. Objevuje se zde nepochopení a ignorování samotné osoby pacienta. Jedná se o jeho záležitostech ve třetí osobě, jako kdyby ani nebyl přítomen. V jednání s pacientem je důležité projevit úctu, pochopení a trpělivost a nepřipouštět si osobně negativní emoce, které se v jednání s těmito typy klientů mohou vyskytovat.⁴⁰

³⁹ MARKOVÁ, E.; VENGLÁŘOVÁ, M.; BALIAKOVÁ, M. A KOL. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. Praha : Grada Publishing a.s., 2006. ISBN 80-247-1151-6

⁴⁰ BAJER, P. *Sociální pracovníci v psychiatrickém zařízení je na úrovni zdravotní sestry*. Časopis Sociální práce/sociální práce. 2008, roč.1. ISSN 1213-6204

6.2 Sociální šetření u osob s duševními poruchami

Sociální šetření u těchto typů klientů je velmi specifické. Kontakt s klientem může být přímého charakteru (osobně, telefonicky), informace pracovník získává jak od něj, tak od jeho sociální sítě či od svých kolegů (psycholog, psychiatr) nebo též z písemné dokumentace. Sociální pracovník nejdříve mapuje jak samotného klienta, tak jeho prostředí, navazuje s klientem vztah a zkoumá jak přítomnost, tak minulost jeho života. Získané informace podrobuje jistému srovnání. Důležité je vyvarovat se ukvapených a zkonstatovaných závěrů, které by obsahovaly poznámky typu: s tímto klientem nemá smysl pracovat, ten se nikdy nevzchopí. Na základě všech dostupných informací, jak od klienta, tak od rodinných příslušníků či jiných blízkých osob, sociální pracovník určí psychopatologii, která bude mít návaznost na psychosociální složku klienta. Rovněž je třeba se zajímat o funkční kapacitu, potřeby a zdroje klienta. Celkovou případovou diagnózu je třeba konzultovat s dalšími členy týmu. Sociální šetření s těmito typy klientů má své charakteristiky, které je třeba si uvědomovat a následně dle toho pracovat. Šetření je kontinuální dynamický proces, který má opakovaný charakter, jelikož některé typy duševních nemocí nekončí jednou atakou a je třeba opakovaných šetření. Dále je zde nesporná výhoda, a to častější kontakt s klientem oproti psychiatrům, psychologům apod. Sociální pracovník má možnost zjistit, jak klient opravdu sociálně funguje, kde jsou jeho silné a slabší stránky, jakou má podporu okolí. Tento fakt výrazně obohacuje jeho práci a na tomto základě se dá s klientem lépe spolupracovat. Musí být ale schopen dostatečné neutrality, jelikož rozdílné informace se mu mohou dostávat od klienta či od jeho blízkých osob.

Sociální pracovník musí disponovat jistými znalostmi a dovednostmi. Mezi ně patří: znalost a orientace MKN-10 (Mezinárodní klasifikace nemocí, 10.revize), znát dané psychiatrické či jiné medicínské pojmy, orientovat se v příslušné duševní poruše, nejenom po biologické stránce, ale také po psychosociální stránce, dávat si dohromady zjištěné informace a efektivně s nimi pracovat, prakticky používat zdroje, metody a nástroje šetření. Jedním ze zdrojů je psychiatrické a psychologické vyšetření. Je důležité, aby se sociální pracovník dostal k těmto informacím, jelikož mohou být jistým odrazovým můstkem pro získávání dalších. Je ale samozřejmé, že není vhodné řídit se pouze těmito poznatky. Mezi metody šetření patří pozorování, které se spolu s rozhovorem řadí mezi ty nejvíce přínosné, pro oblast sociální práce s klienty s duševní poruchou. Klienti zejména v akutním stavu své

poruchy nejsou schopni popisu a shrnutí svého stavu. Reflexe je v tomto období velmi oslabena. Bývá časté, že sociální pracovník, psychiatr či psycholog se dozvídají každý jiné informační údaje, jelikož klient má své postoje ohledně toho, co je vlastně důležité sdělit. Proto pozorování může přinést cenné údaje, které poslouží k dalšímu řešení situace. Při rozhovoru je podstatné si vymezit několik bodů, které se týkají časového, prostorového, obsahového a personálního vymezení (kdo bude rozhovoru přítomen). Nicméně neméně důležitou součástí je i odpověď na otázky, co klient a sociální pracovník cítili, jak se rozhovor zdařil, dávat důraz na dotazování se ohledně pocitů, názorů, faktů, projevit klientovi porozumění, pochopení. Dozvědět se něco o klientovi a jeho duševní poruše je též možné od blízkého okolí klienta. Zde se mohou vyskytnout potíže různého druhu např.: strach ze stigmatu, odlišné pohledy na hospitalizaci, samostatnost či potřebu péče, velké obavy z budoucnosti (zaměstnání, invalidizace). Jiné názory bude zastávat klient, jiné sociální síť klienta. Toto může negativně ovlivňovat kvalitu a výsledek šetření, nicméně blízké okolí klienta je přes všechny možné potíže velmi cenným zdrojem důležitých informací. Sociální pracovník může též využívat nástroje šetření jako je Hodnocení zdravotního stavu, Hvězdice úzdravy, Dotazník sociální integrace, Dotazník kvality života.

Velmi diskutovaným tématem je zde stupeň závislosti ohledně získání příspěvku na péči. Svoji role zde má i sociální pracovník společně s ošetřujícím lékařem a též lékařem z Lékařské posudkové služby Okresní správy sociálního zabezpečení. Sociální pracovník na základě sociálního šetření zjišťuje, do jaké míry je klient schopen samostatně žít v přirozeném prostředí, ohledně míry soběstačnosti a péče o vlastní osobu. Zde mohou nastat některá úskalí. Ukazuje se zde důležitost onoho šetření z hlediska limitů jedince, které zásadním způsobem ovlivní budoucí život klienta. Osoby s duševní poruchou mají problém ne s výpadkem jejich funkcí, ale s jejich omezeným limitem. Tyto limity se mohou ohledně kvality i kvantity výrazně měnit s střídáním v závislosti na zdravotním stavu klienta. Např.: člověk v hluboké depresi nebude schopen ani vstát z postele, pokud ho ale hluboká deprese nepostihne, může fungovat víceméně na běžné úrovni. Sociální faktory výrazně ovlivňují život klienta, ať už ohledně rozvoje či ústupu potíží.⁴¹ Specifickou skupinou ohledně

⁴¹ PROBŠTOVÁ, V.; PĚČ, O. *Psychiatrie pro sociální pracovníky*. 1.vyd. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0731-3

duševních poruch jsou senioři, kteří mohou trpět poruchami nálad, organicky podmíněnými duševními poruchami či závislostí na lécích, což bývá často podceňovaný jev.⁴²

6.3 Komunitní péče pro osoby s duševními poruchami

O komunitní péči pro osoby s duševními poruchami hovoříme jako o komunitní psychiatrii. Ta zajišťuje diagnostiku, léčbu a prevenci. Služby komunitní psychiatrie se vyznačují několika specifiky: jsou tvořeny multidisciplinárními týmy, kde je ve vzájemné spolupráci několik odborníků např.: psychologové, psychiatři, psychoterapeuti, komunitní psychiatrické sestry, ergoterapeuti, sociální pracovníci. Více odborníků se systematickým způsobem podílí na péči o klienta, dle jeho akutních i dlouhodobých potřeb. Jsou regionalizované, což má pozitivní následek v podobě kvalitní spolupráce mezi klienty a danými týmy případně mezi týmy a dalšími potřebnými službami. Týmy se také vyznačují mobilností a asertivitou. Dbají na potřeby klientů a přizpůsobí se jim. V popředí jsou rovněž lidská práva klientů. Cílovou skupinou jsou osoby, které trpí dlouhodobou duševní poruchou, jež jim způsobuje zhoršování jejich celkových schopností a dovedností ohledně praktických činností a sociálních rolí = funkční kapacita. Je třeba brát v potaz adaptační a copingové mechanismy, jeho sociální situaci a zdroje v jeho přirozeném prostředí. Největší prostor byl vždy v oblasti komunitní psychiatrie věnován neorganickým psychózám typu schizofrenie, afektivní poruchy. V posledních letech se tato oblast rozrostla o problematiku poruch příjmu potravy či poruchy stáří. Od devadesátých let minulého století je pozornost věnována specializovaným programům s tzv. duální diagnózou= duševní porucha + závislost na návykových látkách.

Formy komunitních služeb lze rozdělit na denní stacionáře, kdy je toto zařízení bráno jako alternativa či pokračování hospitalizace, rozšíření léčby pro případ, že není dostačující ambulantní léčba či jako dlouhodobá rehabilitace a resocializace pro dlouhodobě duševně nemocné. Denní stacionář též může sloužit jako příprava na vstup do psychiatrické rehabilitace. Z hlediska prospěšnosti se tento typ zařízení nehodí pro osoby agresivní, snadně vzrušitelné, ty, které trpí poruchami vědomí, hrozí vysoká míra suicidality, klient je intoxikován alkoholem či psychotropními látkami či neprojevuje souhlas, aby byl zařazen

⁴² MAHROVÁ, G.; VENGLÁŘOVÁ, M. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing a.s., 2008. ISBN 978-80-247-2138-5

do tohoto typu zařízení. Základním prvkem péče je zde psychoterapeutický program, který je kombinován s řadou dalších aktivit. Dále zde jsou krizové služby, které jsou zastoupeny krizovými centry, která zajišťují okamžitou, bezbariérovou péči bez jakýchkoli prvků stigmatizace. Tato služba řeší neodkladné psychické krize např.: suicidalita, reakce na akutní stres, akutní psychotické stavy, akutní neurotické stavy, akutní dekompenzace chronických psychických poruch. Funguje nepřetržitě. Pomáhá klientům pomocí krizové intervence, psychiatrického vyšetření, farmakoterapie, několikadenním pobytem na lůžku. Součástí krizových služeb je mobilní krizový tým, která má ohledně personální složky multidisciplinární charakter, přičemž výhodou je dostupnost pro klienta, včasná intervence, psychologické a psychiatrické vyšetření a snaha angažovat do péče i rodinné příslušníky. Další formou komunitních služeb je případové vedení (case management), kdy člověk, který vykonává tuto pozici přímo pracuje s klientem a podporuje ho a stará se o koordinaci služeb pro něj. Součástí práce je na začátku mít přehled o klientovi ohledně jeho potřeb a schopností, postupně naplánovat péči a podporu, dosáhnout jeho uskutečnění s využitím zdrojů a sociální sítě klienta, zaznamenávat, jak se daří dosáhnout vytyčeného plánu a společně shrnout a vyhodnocovat výsledky se všemi, kteří se na nich podílejí. Případové vedení rovněž stojí na silných stránkách klienta a na jeho spolupráci. Funkci případového pracovníka může vykonávat např.: sociální pracovník či psychiatrická sestra.

Psychiatrická rehabilitace je rovněž důležitou součástí komunitních služeb. Jejím cílem je, aby člověk fungoval ve svém přirozeném prostředí s co nejmenší potřebou podpory profesionálních služeb, jak ke spokojenosti daného člověka, tak i jeho prostředí. Psychiatrická rehabilitace je zastoupena v několika životních doménách – zaměstnání, bydlení, vzdělávání, volný čas. Pracovní rehabilitace řeší výběr, získání a udržení pracovního místa, ale je i vhodným nástrojem pro rozvinutí pracovních návyků. Jejím obsahem jsou chráněné pracovní dílny, které jsou terčem kritiky pro vytváření závislosti na ochranném prostředí dílny a pro omezené možnosti přípravy pro budoucí trh práce. Nicméně pro jistou skupinu klientů, jejichž pracovní návyky jsou omezeny trvale, jsou chráněné pracovní dílny důležitým prostředkem k získání určitých zkušeností. Přejídné zaměstnávání nabízí možnost pracovat po určitou dobu (nejčastěji 6 měsíců) na určitých pracovních místech, kde je náplň např.: úklid či pomocné administrativní práce, a to na zkrácený úvazek. Jediným požadavkem pro zařazení do tohoto programu je projevení zájmu o pracovní činnost. Klient za tuto práci dostává zapláceno na základě počtu odpracovaných

hodin. Další navazující možností je podporované zaměstnávání, které je vykonáváno v klasických pracovních podmínkách. Důležitým faktem je zde podpora konzultanta. Ten s klientem probírá jeho pracovní návyky, náplň pracovní činnosti a individuální výběr práce. Klient je do procesu aktivně zapojován. Následuje nalezení vhodného pracovního místa a kroky k tomu, aby si klient místo udržel. Další oblast psychiatrické rehabilitace se týká bydlení. Ta se snaží, aby klient samostatně bydlel, naučil se jistým dovednostem, které mají za cíl, aby si svůj domov udržel. Máme zde řadu zařízení, s různou intenzitou péče od chráněných bydlení, domů a bytů na půl cesty až po podporované bydlení, kde se péče a pomoc realizuje přímo v přirozeném prostředí klienta. Volný čas je v rámci výše zmíněné rehabilitace zastoupen centry denních aktivit, uživatelskými kluby. Může nastat situace, kdy klient v důsledku duševní poruchy nemohl dokončit své vzdělání, proto zde je podporované vzdělávání, které s touto oblastí pomáhá.⁴³

⁴³ PROBŠTOVÁ, V.; PĚČ, O. *Psychiatrie pro sociální pracovníky*. 1.vyd. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0731-3

7 PRAKTICKÁ ČÁST DIPLOMOVÉ PRÁCE

7.1 Hlavní výzkumná otázka a cíl praktické části diplomové práce

Praktická část diplomové práce má za cíl zjistit, jak prakticky funguje systém opatrovnictví pro osoby s duševní poruchou a jak opatrovníci nahlíží na výkon opatrovnictví.

Hlavní výzkumná otázka zní:

Jak opatrovníci hodnotí výkon opatrovnické profese na základě své praxe?

7.2 Zvolení výzkumné metody

Studentka si zvolila kvalitativní šetření, které umožní získávání dat v přirozeném prostředí a kvalitní zpracování zjištěných informací. Tato výzkumná metoda je zaměřena na kvalitu získaných informací, nikoli na množství uskutečněných rozhovorů. Studentka si dále zvolila polostrukturovaný rozhovor, který je charakteristický souborem předem připravených otázek, přičemž tazatel se může kdykoli během rozhovoru na cokoli doptat a rozhovor je tím pádem doplněn o množství zajímavých informací, které přispějí k celkové kvalitě zpracovávaného tématu.

7.3 Postup realizace výzkumu

Rozhovory byly uskutečněny s třemi veřejnými opatrovníky dvou různých úřadů městských částí v Praze a poté také s dvěma rodinnými příslušníky, přičemž jeden z nich vykonává funkci opatrovníka a druhý tuto pozici vykonával také, ale pouze po jistou dobu, než opatrovanec zemřel. Rozhovor také probíhal s šesti rodinnými příslušníky organizace Sympathea, která propojuje v rámci svých aktivit různé oblasti psychiatrické péče – příbuzné, odborníky, pacienty, média, státní správu, odbornou i laickou veřejnost.

Čas realizace: studentka pomocí telefonické a osobní komunikace dojednala konkrétní setkání s danými respondenty na příslušný čas a místo.

Místo realizace: rozhovory s veřejnými opatrovníky byly uskutečněny na daných úřadech městských částí. Rozhovory s dvěma rodinnými příslušníky a osobami organizace Sympathea proběhly na místech, které si respondenti určili, studentka v tomto ohledu ponechala svobodnou volbu, aby se respondenti cítili dobře a nesvázáni např.: autoritativním prostředím.

Etapy realizace / posloupnost realizace sběru dat:

- 1) Studentka si zvolila kvalitativní šetření – polostrukturovaný rozhovor
- 2) Student určil hlavní výzkumnou otázku a následně 8 dílčích výzkumných otázek pro veřejné opatrovníky a 6 dílčích výzkumných otázek pro rodinné příslušníky, kteří jsou či byli ve funkci opatrovníka a 1 otázku, která byla určena rodinným příslušníkům z organizace Sympathea kteří mají člena rodiny, jež má duševní nemoc. Tato jedna otázka byla spíše názorového charakteru a měla zjistit postoj rodinných příslušníků k veřejnému opatrovnictví.
- 3) způsob výběru respondentů: studentka formou telefonické komunikace kontaktovala příslušné městské části úřadů s dotazem, zda by veřejní opatrovníci byli ochotni uskutečnit se studentkou kvalitativní šetření formou polostrukturovaného rozhovoru. Kladně reagovali 3 veřejní opatrovníci ze dvou úřadů městských částí, a proto s nimi byla následně domluvena konkrétní schůzka, kde byli respondenti dostatečně informováni o záměru diplomové práce a byl jim rovněž předložen informovaný souhlas. Studentka rovněž vyhledala na internetu danou organizaci Sympathea a kontaktovala vedoucí osobu, která velmi ochotně a vstřícně přislíbila účast klientky na jednom z jejich pravidelném setkání, kde studentka mohla položit příslušný dotaz. V rámci této spolupráce byly studentce dány další 2 kontakty na rodinné příslušníky, kteří mají zkušenost s opatrovnictvím blízké osoby s duševní nemocí. Studentka kontakty převzala a telefonicky si domluvila osobní schůzky. Místo setkání rovněž nechala na respondentech. Při setkání byly rovněž předloženy informované souhlasy.

Rozhovory probíhaly na místě, kde bylo zajištěno dostatečné soukromí. Ohledně délky rozhovorů nelze určit přesnou časovou hranici, která by šla aplikovat na všechny rozhovory. Délka rozhovorů se pohybovala v rozmezí 30-60 minut. Rozhovory s veřejnými opatrovníky

byly nahrávány, u rodinných příslušníků – opatrovníků byly odpovědi zaznamenávány písemnou formou jakož i u rodinných příslušníků z výše zmíněné organizace.

7.4 Etická stránka výzkumu

Respondenti byli plně a dostatečně informováni o záměrech kvalitativního šetření jakož i celé diplomové práce, na případné dotazy bylo zodpovězeno. Rozhovory probíhaly na místě, které si určili respondenti, nebyly zde žádné rušivé elementy, které by narušovaly soukromí či plynulost rozhovorů. V praktické části diplomové práce je zaručena anonymita všech respondentů. Informovaný souhlas je v příloze.

7.5 Kvalita výzkumu

Do diplomové práce byla také zapracována podkapitola, která se věnuje kvalitě výzkumu. Studentka zvolila hodnocení kvality svého výzkumu dle metodologů Lincolna a Guby. Ve své knize je uvádí Hendl. Jsou zde čtyři daná kritéria: pravdivostní hodnota, upotřebitelnost, konzistence a neutralita. Studentka vzhledem k tématu a obsahu své práce považovala za přínosné tyto kritéria zařadit do své práce.

„1) **Pravdivostní hodnota** (truth value). Klademe si otázku: *Jak je možné dosáhnout důvěry ve výsledky výzkumu u osob, jichž se zkoumání týkalo a ve jejichž kontextu se výzkum prováděl?*

2) **Upotřebitelnost** (applicability). *Jsou zjištěné skutečnosti aplikovatelné v jiném prostředí nebo u jiné skupiny lidí?*

3) **Konzistence** (consistency). *S jakou spolehlivostí lze tvrdit, že jsou výsledky opakovatelné, jestliže se zkoumání uskuteční znova u stejných nebo podobných osob a v podobných kontextech?*

4) **Neutralita** (neutrality). *Jak je možné zjistit, aby výsledky studie byly skutečně určeny respondentem, situací a kontextem, a ne předpojatostí, zájmy nebo perspektivou výzkumníka?*⁴⁴

Kritérium č. 1: Pravdivostní hodnota (truth value)

Studentka se snažila zajistit toto kritérium pomocí co největšího pohodlí a soukromí. K dispozici byla samostatná místnost, kde se rozhovory uskutečnily, nebyly zde žádné cizí osoby, které by narušovaly průběh rozhovoru. Respondenti byli předem informováni o skutečnosti, že se budou rozhovory nahrávat, byl také předán informovaný souhlas, který všichni respondenti podepsali. Studentka nikterak nezasahovala do průběhu rozhovoru rušivým dojmem, pouze např. dovysvětlila otázku, kterou respondent přesně nepochopil.

Kritérium č. 2: Upotřebitelnost (applicability)

Toto šetření byl zpracováno kvalitativní formou, tudíž se soustředilo na omezený počet lidí, šlo zde o kvalitu, nikoli o kvantitu.

Studentka má ale za to, že rozhovory poskytují mnohem více cenných informací, jde se u nich do hloubky problému a výsledky šetření mohou být o to zajímavější a cennější. Proto studentka zvolila omezenou skupinu osob z řad veřejných opatrovníků, rodinných příslušníků a opatrovníků, kteří byli z řad rodiny, kde se setkala s ochotou, příjemným vystupováním a snahou podat ucelené a zajímavé informace.

Kritérium č. 3: Konzistence (consistency)

Respondentům byl dán široký prostor pro vyjádření k dané problematice. Nebyli nikterak omezováni ve svých názorech a připomínkách či ve svých pocitech. Rovněž již zde bylo zmíněno, že zde nebyla přítomna třetí osoba, která by zasahovala do průběhu rozhovoru, rovněž bylo zajištěno soukromí. Respondenti neprojevovali žádný stres či obavy. Studentka proto věří, že by při opakování šetření respondenti odpovídali se stejnou lehkostí, nenuceností a pravdivostí.

⁴⁴ HENDL, J. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Praha: Portál, 2005. s.338 ISBN 80-7367-040-2

Kritérium č. 4: Neutralita (neutrality)

Studentka se snažila přistupovat k dotazování zodpovědně a nezaujatě. Při odpovědích jednotlivých respondentů reagoval neutrálně, nevytvářela si vytvářet žádné soudy či teorie. Studentka se rovněž snažila neprojevat vlastní emoce, které by narušily průběh a lehkost rozhovoru a které by zabarvovaly kladení otázek.

7.6 Metoda analýzy dat

Nejprve byla provedena doslovná transkripce rozhovorů, při níž byla nahrávaná či psaná výpověď přepsána do notebooku pro lepší přehlednost. Poté proběhla redukce prvního řádu, kdy byly z textu vyřazeny různé pomlky, slova jako hm, no, prostě, které nejsou důležité z hlediska získaných informací. Pro zpracování jednotlivých rozhovorů si studentka zvolila část zakotvené teorie konkrétně otevřené kódování. V přepsaných rozhovorech byly určeny jednotlivé významové jednotky ve formě poznámek (kódů). Pro lepší přehlednost student vkládal poznámky do formy komentářů, které pomohly ucelit dané významové jednotky. Následovala konceptualizace čili nadřazené pojmenování jednotlivých jevů.

7.7 Zjištěné kategorie

Z takto zpracovaných rozhovorů bylo vytvořeno několik kategorií, které byly rozčleněny dle charakteristik respondentů:

2 kategorie v rámci dotazování rodinných příslušníků ze svépomocné skupiny Sympathea -

1A: Vzájemný vztah – 1B: Pozice veřejného opatrovníka.

Další 2 kategorie byly vytvořeny v rámci zpracování rozhovorů s dvěma rodinnými příslušníky, kteří mají osobní zkušenost s funkcí opatrovníka:

2A: Rozsah opatrovnictví – 2B: Překážky ve výkonu opatrovnické činnosti.

Poslední 2 kategorie se týkaly veřejných opatrovníků:

3A: Úskalí opatrovnické činnosti - 3B: Životní fungování opatrovance.

Poté byly jednotlivé kategorie vyhodnoceny dle dílčích výzkumných otázek.

7.7.1 Vyhodnocení kategorií na základě dílčích výzkumných otázek

Rodinným příslušníkům ze svépomocné skupiny Sympathea byla položena jedna otázka:

Jak vnímáte z hlediska prospěšnosti institut opatrovnictví, pokud by byl vykonáván rodinnými příslušníky?

V rámci vyhodnocených odpovědí výše zmíněnou metodou byly zjištěny 2 kategorie:

1A: Vzájemný vztah

Vřelý vzájemný vztah je startovním můstkem do života. Ovlivňuje to, jak budeme v budoucnu úspěšní a také spokojení sami se sebou. Tento faktor je o to více potřebnější v rodinách, kde je člen rodiny zasažen duševní poruchou. Nemocným často dlouho trvá, než se vůbec odváží tuto skutečnost svým blízkým přiznat. Je přirozené, že duševně nemocní mají strach z různých reakcí své rodiny.

Řada rodin může duševní nemoc jedince bagatelizovat či popírat a mít nevhodné poznámky: něco začni konečně dělat, neboť líný apod. Ostatní příbuzní mohou přispívat rádobý dobrými radami typu: měl by se oženit/měla by se vdát, je třeba aby si začal konečně užívat. Smutný je také ten fakt, že pokud si rodina přizná, že jejich člen rodiny trpí duševní poruchou, na čas se mohou semknout a stát při sobě, ale pokud nenastane očekávané zlepšení co nejdříve, mohou se zde projevit hostilní postoje a nezájem, což dotyčnému v jeho léčbě nikterak nepomáhá.⁴⁵

Respondenti tento velmi významný aspekt jednoznačně potvrdili. Dle nich se právě od vzájemného vztahu odvíjí fakt, zda bude rodič svému dítěti či jinému členu rodiny jeho

⁴⁵ OCISKOVÁ, M.; PRAŠKO, J. *Stigmatizace a sebestigmatizace u psychických poruch*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing a.s., 2015. ISBN 978-80-247-5199-3

opatrovníkem či raději zvolí veřejného opatrovníka, který bude spravovat soudem určené záležitosti. To potvrzuje jak R3: „*Vše se odvíjí od vzájemného vztahu.*” Podobný názor sdílí i R2: „*Rodič zná své dítě nejlépe a dokážu odhadnout, co je pro něj vhodné, tam kde vztah nefunguje a nemocný nepřijímá své rodiče to není vhodné.*”

Dalším důležitým faktorem, který hraje roli, zda dotyčný bude akceptovat rodiče jako svého opatrovníka hraje i jeho zdravotní stav. Tento názor sdílí R1: „*Záleží na hloubce postižení, pokud dotyčný spolupracuje, tak si myslím, že není problém.*”

1B: Pozice veřejného opatrovníka

Veřejný opatrovník nemá jednoduchou pozici. Musí respektovat zájmy a přání klienta a vzhledem ke složité a různorodé charakteristice poruch, kterými jeho opatrovanci trpí, se nedočká vždy zaslouženého respektu a uznání. Na druhém konci břehu jsou rodinní příslušníci opatrovance, kteří mohou mít někdy pocit, že opatrovník nedělá pro jejich člena rodiny dost či stojí proti nim. Rodinní příslušníci mohou mít vůči veřejnému opatrovníkovi ambivalentní pocity.

Tento aspekt se projevil i u respondentů. R1 zdůrazňuje nutnost veřejného opatrovníka: „*Naše nemocné děti mohou jednou zůstat bez nás, a proto by bylo na druhou stranu dobré, kdyby zde pro ně byl veřejný opatrovník, který by byl v této oblasti řádně školen.*”

R4 vyzdvihuje jeden důležitý faktor, který může být pro veřejného opatrovníka obtížný: „*Opatrovnictví vyžaduje velmi mnoho času a já si nejsem jistá, jestli by ho ten opatrovník mému dítěti věnoval.*”

R5 zásah veřejného opatrovníka do života svého syna kategoricky odmítá: „*Nedovedu si představit, že by syn měl veřejného opatrovníka, on nedůvěřuje ani lékařům, rodič se do této role lépe vcítí.*”

R6 je v hodnocení funkce veřejného opatrovníka smířlivější: „*Záleží na tom, zda má veřejný opatrovník zájem, zda se dokáže vcítit, velmi důležité je hlídat finance a v tomto je asi veřejný opatrovník přísnější ale důslednější než rodič, který má ke svému dítěti odmala vztah a je prostě v něčem benevolentnější.*”

DÍLČÍ VÝZKUMNÁ OTÁZKA 1:

Jaký je rozsah opatrovnické činnosti rodinného příslušníka?

Odpověď na tuto otázku spadá do kategorie: **2A: ROZSAH OPATROVNICKÉ ČINNOSTI**

Student učinil rozhovory s dvěma opatrovníky z řad rodinných příslušníků. Pokud se opatrovnictví rozhodne konat rodič, je to vždy velmi velký a zodpovědný závazek. Rozsah opatrovnictví záleží vždy na soudním rozhodnutí, nicméně je zde přesto odlišná situace od opatrovníka, kterého se rozhodne vykonávat rodič a od veřejného opatrovníka.

Rodič může vždy funkci opatrovníka odmítnout. Může mít k tomu řadu důvodů. Opatrovnictví je velmi náročná činnost, která si vyžaduje velký rozsah odpovědnosti, příslušných schopností a také velkou dávku pozornosti, jak vyplývá z uskutečněných rozhovorů.

Rodič musí být neustále ve střehu, dokud nešetří všechny příslušné oblasti, které se leckdy mohou zdát banální, ale v případě nešetření mohou způsobit celou řadu problémů a potíží.

Nicméně i když je rozsah opatrovnické činnosti určen soudem, vždy bude jednání opatrovníka z řady rodinných příslušníků jiné než u veřejného opatrovníka. Rodič má až na několik výjimek vždy velmi silné citové pouto ke svému dítěti, tudíž bude funkce opatrovníka vždy tímto významným faktorem ovlivněna.

To samozřejmě nepopírá velkou snahu a příslušnou odpovědnost daného rodiče a rozhodně je zde na těchto stránkách nijak neočerňuje či nepopírá jejich úsilí, pouze poukazuje na rodičovský cit, který je zcela přirozený.

R1 vykonává funkci opatrovníka 4 roky a rozsah opatrovnické činnosti je zde spíše finančního charakteru: „Syn má omezení svéprávnosti, nesmí podepisovat smlouvy hmotného charakteru, uzavírat smlouvy na byt, na různé půjčky, prostě závazky které jsou do budoucna, syn utrácel hodně peněz, nyní má určeno soudem, kolik má dostávat, nejprve 800 Kč ale já jsem se odvolala a nyní je to 2000 Kč, já mám prostě spravovat jeho záležitosti a majetek.”

R1 nicméně připouští, že synovo omezení svéprávnosti má i další rozličný charakter, který zasahuje do jeho osobního života: „Je omezeno i jeho volební právo, není schopen dle soudu

posoudit účel manželství, uzavření rodiny ani osvojení dítěte, má omezený náhled na svoji nemoc, není schopen rozhodovat o své léčbě.”

Dále respondentka zdůrazňuje, jak bylo důležité ošetřit všechny příslušné záležitosti finančního charakteru, aby nevznikaly další potíže: *„Musela jsem ošetřit všechny oblasti, dost toho oběhat, udělat různé omezení, teď je to snad v pořádku.”*

Významným bodem v oblasti opatrovnictví vykonávaného rodičem je fakt, že jednou tu rodič nebude a už teď může mít velké starosti o to, co bude s jeho potomkem a kdo se postará o něj a všechny jeho záležitosti.

Tento fakt potvrzuje i R1: *„Nyní řeším, jak to udělat, až tu nebudu, kdo se o syna a jeho záležitosti postará, uvažuji o tom veřejném opatrovníkovi.”*

Studentku dále zajímalo, jak opatrovanec funguje po běžných stránkách života jako je sociální a pracovní stránka života.

V oblasti sociální se dostalo studentce překvapivé odpovědi, která potvrzuje, že člověk s duševní nemocí nemusí být nutně osamocen a sociálně izolován, ale že může fungovat víceméně spokojeně.

Mohou zde ale zafungovat přirozené mateřské obavy, které situace mohou komplikovat.

R1 vysvětluje: *„Syn má přítelkyni a před propuknutím nemoci měl hodně kamarádů, teď je ten kontakt trochu omezený, ale třeba 1x za měsíc s nimi jde na pivo, oni by ho chtěli brát třeba na různé akce, ale já řeším, jak by to bylo, kdo by ho ohlídal, když by třeba někde přespávali, oni mě ujišťují, že by vše bylo v pořádku, ale já mám přesto strach, ta organizační stránka je prostě složitá.”*

Po pracovní stránce je ale syn respondentky výrazně omezen. R1 k tomu dodává: *„Není schopen uzavřít pracovní smlouvu a někde pracovat.”*

R2 vykonávala opatrovnickou činnost od roku 2015 a jak sama dodává: *„Oficiálně od roku 2015 než jsem dostala do rukou všechny papíry a než se vše vyřídilo, ale předtím jsem se o maminku starala už nějakou dobu a poté až do doby, než zemřela.”*

Respondentka popisuje, co ji nakonec k opatrovnictví její matky přivedlo a zdůrazňuje velké dilema, které si mohou klást všichni, kdo před tímto důležitým rozhodnutím stojí a váhají,

zda mají souhlasit a vzít na sebe velkou tíhu odpovědnosti či předat tuto velkou zodpovědnost do rukou veřejného opatrovníka.

„Ukázalo se, že maminka si neví rady s penězi, nechápe jejich hodnotu, a to vše v rámci své nemoci, která postupovala a zakalovala jí její úsudek. Syn v rámci své duševní nemoci ji zneužíval po finanční stránce, vybilil jí několikrát konto, nechal ji podepisovat listiny ohledně peněz, ona mu vše podepsala, protože mu bezmezně věřila, ona si jeho nemoc vůbec nepřipouštěla a zablýžela mi, že na něm pořád jen něco vidím. Je to velký rozpor, zda to opatrovnictví vzít či ne, protože je to velká zodpovědnost a člověk si ani neumí představit, co všechno je s tím spojené a jaké starosti s tím jsou.“

Respondentka popisuje, co vše její opatrovnická funkce obsahovala:

„Součástí byla kompletní péče o matku i o její fyzické potřeby, zařizovala jsem kvůli tomu i pečovatelky, dále spravování financí, nákupy, zařizovala jsem i doprovázení k doktorům, hygienu, a i další služby jako je pedikúra, kadeřnice, úklid.“

Opatrovnickou činnost mohou ztěžovat i další faktory např.: to, že opatrovanec si svoji nemoc nepřipouští, nebere v potaz že jeho fyzický i psychický stav se změnil, a nakonec ten kdo se o něj s láskou stará může být ten nejhorší.

R2 toto popisuje následovně: *„Matka neměla ke konci života náhled na svoji nemoc a já už jsem to nezvládala bylo to velmi složité a náročné a ke konci života byla matka v Domově pro seniory, zpočátku mi to zablýžela, že jsem ji odstrčila, ale ona si v rámci své nemoci vůbec neuměla představit, co ta péče obnáší.“*

Může se zdát přirozené, aby opatrovník využil sociálních služeb, které zákon č. 108/2006 Sb. ve svém bohatém výčtu nabízí, ale situace může být složitější, než se zdá. R2 popisuje, že není vždy jednoduché najít vhodnou službu a co se týče kapacity, tak to je největší problém ohledně využití sociálních služeb:

„Odlehčovací služby jsem nevyužívala, nebylo místo, když jsem potřebovala, dlouho se na ně čekalo a také matka nikam nechtěla. Co se týče Domova pro seniory, tak já sem objela a obvolala hodně zařízení, měla jsem s tím velkou práci, zároveň jsem chtěla pro matku to nejlepší, když už jsem péči nezvládala, tak jsem ji nechtěla jen tak někam odložit, ale opravdu jsem pátrala a zajímala se o sebemenší detaily, hodně jsem se zajímala o to, jaké jsou volnočasové aktivity v těch Domovech, jak se tam o ně starají.“

Pozitivní se jeví fakt, že respondentka velmi pozitivně hodnotí Domov pro seniory, kde její matka určitou dobu pobývala a zdůrazňuje zejména vstřícnost a ochotu, kterou jí zařízení poskytlo v posledních chvílích života její matky:

„Opravdu byli velmi hodní a vstřícní. Když už se mamčin stav zhoršil, tak mi umožnili abych byla s maminkou na pokoji a mohla jsem tam být, jak dlouho jsem chtěla a to i přes noc, takže jsem vlastně nepřišla o okamžik, kdy maminka zemřela a já jsem tam mohla být s ní, za to jsem byla velmi vděčná, byla jsem ráda že jsem tam mohla být a že maminka nezemřela sama, měla jsem pocit, že jsem pro ni udělala vše co jsem mohla.“

DÍLČÍ VÝZKUMNÁ OTÁZKA 2:

Setkal se někdy opatrovník s problematickou spoluprací v rámci různých institucí? (praktičtí lékaři, psychologové, psychiatři, pojišťovny)

Odpověď spadá do kategorie **2B: Překážky ve výkonu opatrovnické činnosti**

Ohledně této kategorie jsou zde velmi rozličné výpovědi obou respondentek. Praxe potvrzuje, že spolupráce s různými odborníky a institucemi není vždy jednoduchá a mnohdy se opatrovníci dočkají nepříjemných a překvapivých reakcí. Jednotlivé instituce jsou leckdy neochotní ke spolupráci, neberou v potaz argumenty opatrovníků a argument duševní nemoci pro ně neznamená vůbec nic, leckdy ještě tohoto faktu dokážou zneužít.

R1 pozitivně hodnotí činnost a rozhodnutí soudu, který ji vyšel vstříc, poukazuje však na špatnou spolupráci s jinými institucemi:

„Špatná byla spolupráce s telefonickou společností, když syn uzavřel nevýhodnou smlouvu, ta komunikace s nimi byla hrozná a trvalo dlouhou dobu, než se to vyřešilo, velmi obtížná byla spolupráce s advokátní kanceláří Dopravního podniku v Praze, tam byli velmi nekompromisní a nechtěli se ze začátku vůbec se mnou bavit a moje argumenty házely pod stůl. Syn má nyní ZTP, takže už je vše v pořádku.“

R2 má také negativní zkušenosti, v jejím případě se však jedná o špatnou komunikaci a neochotu ze strany konkrétních osob, které nebyly ochotné spolupracovat či akceptovat

různé skutečnosti. Neochota a nespolupráce těchto osob jí působily řadu starostí. R2 vysvětluje:

„Potíž byla s praktickou lékařkou, odmítala se na matku přijet podívat, když už kvůli zhoršenému zdravotnímu stavu nemohla jet k lékařce ona, lékařce se evidentně nechtělo. Problém byl také s pečovatelkami, připisovaly si hodiny a ve svých záznamech o činnosti lhaly, psaly tam např.: že s matkou zpívaly či tancovaly což byla hloupost, ona nebyla v takovém stavu, aby toto mohla dělat, problém byl i s krmením, matka třeba nechtěla jíst, tak oni to neřešily a jídlo jí nedaly, prostě ji do toho nenutily, nevěděly, jak si s ní mají poradit, tak jsem musela matku nakrmit já sama, až když jsem přišla z práce. Já vymýšlela kdeco, třeba jsem jí to jídlo různě upravovala, zdobila, skládala, aby se jí prostě chtělo jíst i očima, aby měla dost podnětů a chuť k tomu jídlu. Potíže byly také s jednou lichvářskou společností, že nechtěla vydat určité dokumenty, to zase bylo kvůli synovi, nakonec se to podařilo.”

R2 rovněž zdůrazňuje co jí při opatrovnické činnosti způsobovalo největší potíže a co ji trápilo:

„Nejobtížnější je ten rozpor, co chce klient a co by ve skutečnosti bylo dobré pro klienta (zda o člověka pečovat či ho dát do nějakého zařízení), jsou zde protichůdná řešení v zákoně, tam je to sice myšleno hezky, ale realita je úplně jiná (plnit a dodržovat práva opatrovanců), velmi těžká je také skutečnost, že člověk, který je nemocný, jako byla moje matka je velmi sobecký a domluva s ním je obtížná, ona prostě automaticky počítala, že se o ni budu starat.”

DÍLČÍ VÝZKUMNÁ OTÁZKA 3:

Vnímá veřejný opatrovník v rámci výkonu opatrovnické činnosti nějaké překážky, které mu ztěžují jeho práci?

Odpoověď na tuto otázku spadá do kategorie **3A: Úskalí opatrovnické činnosti**

V rámci kvalitativního šetření proběhly rozhovory se třemi veřejnými opatrovníky. Funkci veřejného opatrovníka konají nejčastěji obecní či městský úřad zastupovaný konkrétní osobou. Veřejný opatrovník není jednoduchá pracovní činnost. Opatrovník se dostává leckdy do nelehkých situací, kdy musí brát v potaz a respektovat práva a zájmy opatrovanců. Leckdy se ale velmi liší, to, co si klient představuje, že by pro něj bylo nejlepší

nebo co chce, a to co může veřejný opatrovník klientovi poskytnout a co mu může v mezích zákona zajistit. Veřejný opatrovník také pracuje se širokým spektrem klientů, kteří mají široké spektrum problémů od duševních přes finanční, dluhové, sociální, bytové, pracovní, sociální. I to někdy výrazně ztěžuje práci veřejného opatrovníka.

Dalším významným faktorem je že veřejný opatrovník v rámci své činnosti spolupracuje s řadou institucí a zajišťuje opatrovanci velkou řadu záležitostí. Zjišťuje, v jakém prostředí a podmínkách klient bydlí, jaké je jeho rodinné zázemí, zda má vyřízené osobní doklady, jaké pobírá příjmy (invalidní důchod, jiné typy dávek), zda má k dispozici různé typy lékařů (praktický, psychiatr, psycholog), zda vlastní nějaký majetek, u které zdravotní pojišťovny je zaregistrován, zda je zadlužený, jak dlouhá byla jeho hospitalizace ve zdravotnickém či ústavním zařízení, jaká jsou jeho přání a potřeby.⁴⁶

Z výpovědi respondentů vyplývá, že jedno z úskalí veřejného opatrovnictví jsou různorodé diagnózy klientů, které mohou předurčovat složitou spolupráci s klienty. Zároveň je nutné využít různé techniky k tomu, aby spolupráce s klienty probíhala adekvátně.

R3 k tomu dodává: „*Máme zde klienty, kteří mají mentální retardaci, jsou zde různé duševní poruchy a také klienti se závislostmi, v řadě případů jsou to kombinované diagnózy, klienti jsou bez náhledu, když se jim nevyhoví, jdou do agrese, jde o to jak je dokážete usměrnit, na každého platí něco jiného, na někoho vlídné slovo, na jiného klienta musí být vyloženě direktivní přístup.*”

R1 dodává: „*Co se týče konfliktů, ne že by nám šel někdo vyloženě po krku, ale někdy je to náročný.*”

Připojuje jeden zásadní fakt: „*Vždy záleží na rozsahu omezení, někdy je omezení skoro na všechno, to jsou třeba lidi s demencí, tam za ně děláme skoro všechno, někde je omezení minimální, tam potom příliš nezasahujeme, záleží na konkrétním případě, je to hodně individuální, každý to má úplně jinak.*”

⁴⁶ JURÍČKOVÁ, L.; IVANOVÁ, K.; FILKA, J. *Opatrovnictví osob s duševní poruchou*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing a.s., 2014. ISBN 978-80-247-4786-6

R2 popisuje složitou pozici, kdy je opatrovník mezi zájmy klienta a mezi jeho rodinnými příslušníky, kde si každý představuje pod pojmem veřejný opatrovník něco jiného, a to může mít za následek řadu neshod a konfliktů.

„Ano občas je problém, kdy rodina nezvládá svého člena a pak tam přijde ten opatrovník a oni si řeknou – aha tak ten opatrovník našeho člena rodiny nějak opraví, důležité je, že nemůžeme jít proti zájmu klienta, my si můžeme myslet, že je pro něj něco nejlepší a ideální, ale je třeba brát v potaz jeho zájem a jeho názor.“

Stejnou potíž potvrzuje R1: *„Vyložené konflikty s rodinami nemáme, jde o to, že oni si mylně představují, jaká je naše pozice.“*

R1 také nemá vyloženou zkušenost s konflikty v rámci rodinných příslušníků, ale připouští, že nějaké neshody se již vyskytly:

„Zatím jsem se nedostala do vyloženého střetu s rodičem, ale byla tu jedna matka, která se rozčilovala, že jejího syna okrádám, ale pak se vše vysvětlilo.“

R2 připouští, že se mohou vyskytnout i potíže s nájemníky bytu, se kterými opatrovanec obývá společný dům. I zde mají nájemníci zkreslené představy, že veřejný opatrovník je jakýsi kouzelník, který ihned vše zařídí a má neomezené pravomoci.

„Potíž je v tom, pokud někdo s takovými lidmi bydlí v jednom domě, to je potom pro ně neštěstí, oni nám pak volají a říkají, tak s ním něco udělejte, tak ho prostě zavřete, my ho tu nechceme, ale co my s ním můžeme udělat, o většině záležitostech rozhoduje soud a my nemáme zas takové možnosti.“

R3 uvádí jeden konkrétní případ významné neshody s klientem, který vedl až k zavolání Policie ČR ovšem ze strany klienta:

„Klient chtěl, abych mu vyplatila určitou finanční částku, ale to už nešlo, byl zde určitý limit a on se začal rozčilovat, že ho okrádám a nechci mu dát jeho peníze, které mu právem náleží, tak se to poté vystupňovalo tak, že zavolał policii a říkal jim, že jsem zloděj. No nakonec se vše vysvětlilo, každopádně to bylo velmi nepříjemné, ale i s těmito věcmi musíme počítat.“

R3 vidí jako velkou překážku tu část občanského zákoníku, kde je ustanoveno, že je potřeba přezkum všech osob, které byly dle starého občanského zákoníku omezeni či zbaveni svéprávnosti a určit rozsah omezení či rozhodnout jinak.

„To je velký problém, protože to strašně dlouho trvá, znalci by se tomu rádi vyhnuli, jsou strašně přetížení, staří klienti, do toho noví, no je to hrůza, mám i klientku u které to trvá již 2 roky a stále o jejím omezení nebylo rozhodnuto.“

A dodává:

„Velkým problémem jsou teď ty různé půjčky po internetu, to je prostě peklo, nikde pak nemáte žádnou oficiální smlouvu, žádný papír. Mám i případ klienta, který nějakým podvodníkům, co naletěl, půjčil svoji občanku za 500 Kč a oni si pak na jeho jméno založili na internetu účet, no a pak to chtěli zkusit ti podvodníci podruhé, ale už mu žádné peníze nedali a on je šel udat na policii ale tam se vlastně zjistilo, že se žádný trestný čin nestal, protože on vše udělal dobrovolně.“

R2 říká: *„Ukočírovat oblast financí je velmi složité, naši klienti prostě vidí okamžité peníze, potřebují je, protože mnohdy mají pouze jen invalidní důchod a tak volí tu nejjednodušší možnou cestu, která je ale zároveň cesta do pekel, protože znáte to: oni si půjčí třeba 2000Kč a potom je nemají jak splatit, tak si půjčí další peníze na to, aby zaplatili ty předešlé 2000Kč a potom potřebují splatit tu další půjčku atd..je to bludný kruh tohleto..“*

R1 popisuje co je dalším problémem při opatrovnické činnosti. Jedná se o opakované hospitalizace, které mnohdy končí předčasně na žádost klientů. Příčinou je nedostatečný náhled klienta, který má pocit, že je v pořádku, nic mu není a je zdravotnickým zařízením zbytečně svazován a omezován.

R1 vysvětluje:

„Stává se tu občas takový extrém, že klient je hospitalizovaný a poté má pocit, že už je vše v pohodě, že vše zvládne, tak podepíše revers a pak zas někde něco udělá a šup je tam znovu.“

„Problém také je, pokud nemá dostatečný náhled na svoji nemoc, ale přitom dobře reaguje na léčbu. Jsou třeba doma, tam něco v rámci své nemoci vyvádí, někdo zavolá záchranku, tak je odvezou do Bohnic, a to je teda přivezou ve fakt strašným stavu a oni teda dobře zareagují na léčbu.“

Jsou poté propuštěný a jo vypadají vážně dobře, jsou v pohodě a dojdou si za svým psychiatrem, ten jim předepíše léky, ale jak oni nemají ten celkový náhled na svoji nemoc a na léčbu, tak prostě ty léky neberou a nikdo je v tomhle neuhlídá, takže je to těžký, oni se

dobrovolně léčit nechtějí, někam ambulantně chodit také nechtějí, takže pokud neprovedou něco vyloženě špatného co se týče zákona a nenařídí se jim ochranná léčba, tak je prostě nikdo neukočíruje.”

Stejně jako u opatrovníků, kteří jsou zastoupeni rodinnými příslušníky, i veřejní opatrovníci z pozice své autority mohou narazit na nezájem, neochotu a špatnou komunikaci ze strany různých úřadů, institucí různého charakteru či jednotlivců.

R2 k tomu uvádí:

„Občas se stane, že jsou například protivní ohledně podepisování různých smluv, a tak a ptají se proč tam máte být vy a ne ten klient, tak jim to člověk musí vysvětlit co a jak a potom už je to dobrý, asi prostě nikdy o opatrovnictví neslyšeli, tak jsou proto tak protivní.”

R1 dodává:

„Nejlepší je, pokud máte stejné příjmení jako klient, to potom nastává řada leckdy komických situací, který jsou ale ve finále někdy dost zoufalý.”

Co se týče např.: praktických lékařů, tak víte co, všude je to člověk od člověka, záleží to na každém individuálně, někdo je v pohodě, někdo je vyloženě neochotný, to jsou často ti starší lékaři, kteří o tomto moc nevědí a ani nechtějí mít tyto klienty ve své evidenci, berou je jako přítěž, cítí hned problémy, pokud zjistí, že klient má nějakou duševní poruchu, a ještě k tomu opatrovníka.”

R3 vyzvedává závažný fakt, který se týká nedostatku odborných lékařů:

„Obrovským problémem je dneska sehnat klientovi psychiatra, těch je skutečný nedostatek, je jich jako šafránu, navíc oni neberou nové klienty a zrovna ti naši je potřebují jako sůl.”

Zároveň popisuje jeden velký nešvar, který se vyskytuje u praktických lékařů a který potvrzuje i jedna z respondentek z řady opatrovníků, který je zastoupen rodičem. Praktičtí lékaři zrovna neoplývají ochotou, aby za klientem dorazili do jeho přirozeného prostředí.

„Velkým problémem je, aby se praktický lékař dostavil do místě bydliště klienta, v tomto jsou lékaři vážně velmi neochotní, musíme je leckdy doslova prosit, zejména, pokud se jedná o příspěvek na péči, tam jde poté o hodně, je přece rozdíl, pokud by klient dostal třeba jen

první stupeň, a přitom mohl dostat třeba třetí že jo. Ten praktický lékař je tu vážně velmi důležitý faktor.”

„Co ale musím pochválit, je spolupráce s neziskovými organizacemi, tam nám vychází opravdu vstříc s nimi není jediný problém.”

DÍLČÍ VÝZKUMNÁ OTÁZKA 4:

Jak opatrovanec funguje po pracovní a sociální stránce?

Odpověď na tuto otázku spadá do kategorie **3B: Životní fungování opatrovance**

Životní fungování opatrovance se odvíjí od jednoho zásadního faktu, a to zda je opatrovanec sociálně izolován či zda má rodinu. Pokud ji opatrovanec má tak jeho životní strasti s problémy jsou omezené minimálně o polovinu.

Nicméně i přes zásadní a nepopiratelný plusový bod jako je rodina, je ještě důležité si uvědomit jeden zásadnější fakt a to je, zda má opatrovanec fungující rodinu. Pokud se v rodině vyskytne duševní porucha, může to mít na její fungování zničující důsledky.

Stigmatizace se automaticky přenáší i na rodinu klienta. Poté co je potvrzeno, že se jedná o nějaký druh duševní poruchy, snaží se rodina, aby nadále fungovala jako celek a aby se člen rodiny znovu začlenil zpět do jeho přirozeného prostředí.

Pokud nenastane úspěch tak rychle, jak rodina očekává, nastane jakési stáhnutí se a hostilní postoje tzv. vylučovací reakce.

To může zásadním způsobem ovlivnit fungování jedince, který je najednou opuštěn leckdy i sociálně izolován a předešlý opěrný bod v podobě fungující rodiny je nenávratně pryč.

Opatrovanec pod zničující tíhou duševní nemoci a pod nemilosdným hodnocením společnosti, která je v tomto ohledu velmi nekompromisní a u jedince se může postupně rozrůstat proces sebestigmatizace.

Ohledně problematiky sebestigmatizace je zde třífázový proces, tzv. internalizace, kdy se jedinec s duševní poruchou ujišťuje ve svých autostereotypech. 1. fáze: nepřijetí okolí 2.

fáze: souhlasné reakce na názory okolí 3. fáze: přijímá je jako vlastní= završený proces internalizace.

Chronická duševní porucha ovlivňuje sebepojetí jedince, což zahrnuje změny identity, odlišné sebehodnocení, nízké sebevědomí, odcizení se, obava z mezilidských kontaktů, automatické přesvědčení, že ostatní budou dotyčného urážet, ponižovat. To vše vede k izolaci, která se projevuje v oblasti: 1) sociální – vyhýbání se ostatním 2) emocionální – není zde prostor ke sdílení svých pocitů 3) kognitivní - neinformovanost, absence vzorů.

Sebestigmatizace má až zničující důsledky:

Jedinec bude zvýšeně sebekritický, izolovaný, stydlivý, úzkostný, je zde velmi omezená možnost pozitivního prožívání, velmi častý je vzdor ohledně užívání léků, které v mnohých případech mění pocity a prožívání člověka, problémy také činí nedostatečný náhled jedince na svoji nemoc, což má za důsledek vzdor, neochotu spolupracovat a ztrátu motivace.

Duševní porucha se stává dominantním tématem, které ovlivňuje celý klientův život. Snad proto je bezesporu jasné, že fungující rodina je tím nejdůležitějším faktorem.⁴⁷

Veřejní opatrovníci tento fakt jednoznačně potvrzují:

R1: *„Většina našich klientů je osamocených, právě proto jim děláme veřejné opatrovníky, kdyby někoho měli, tak jim on dělá toho opatrovníka.“*

Jedna z respondentek R3 potvrzuje i skutečnost, která byla zjištěna v rámci odpovědí osob ze svépomocné skupiny Sympathea:

„Většinou to jsou lidé, kteří nemají nikoho, kdo by chtěl nebo se o ně mohl starat, jsou osamělí a sociálně izolovaní ale potom tu jsou klienti, kteří mají rodiny, ale v rámci zachování osobních vazeb byl raději zvolen veřejný opatrovník. Rodiny se bály, že by se vztahy narušily či zpretrhaly a tím pádem to rodiny nechávají na autoritě úřadu.“

⁴⁷ OCISKOVÁ, M.; PRAŠKO, J. *Stigmatizace a sebestigmatizace u psychických poruch*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing a.s., 2015. ISBN 978-80-247-5199-3

Respondentka dává v potaz i skutečnost, že veřejný opatrovník je si nemůže příliš vybírat co se týče jeho klientely:

„Veřejný opatrovník si nemůže nějak vyskakovat, musí dle zákonných podmínek opatrovnictví přijmout.“

Ohledně pracovní stránky opatrovance uvedli veřejní opatrovníci rovněž rozličné výpovědi, které jsou dány zejména funkční schopností klienta, zda vůbec může pracovat či zde je odkázán pouze na invalidní důchod, různého stupně.

R2 objasňuje:

„Máme klienty, kteří na nějaký úvazek pracují, třeba v Mekáči, hlavně co se týče úklidů.“

Ale pak tu máme i klientku, která nám hlásí, že má každou chvíli jinou práci, ona je velmi přesvědčivá a jeden by jí to věřil, ale potom když tam voláme, zjišťujeme, že skutečnost je úplně jiná a žádná pravda s tou prací to taky není, ale ta klientka je o tom přesvědčená, že pracuje a pokaždé k nám chodí a chce abychom jí vyplatili její peníze v rámci její pracovní činnosti, ale ona tu žádné takové peníze nemá a hrozně těžko se jí to pak vysvětluje.“

R3 uvádí:

„Z počtu klientů, které mám mi pracují pouze dva a to na zkrácené úvazky, další klient by rád pracoval, ale není schopen si místo udržet, nikde dlouho nevydrží.“

Všichni mí klienti mají invalidní důchod 3. stupně, což je jejich hlavní zdroj financí. Mohou mít také dávky hmotné nouze, ale co se týče práce není to prostě u těchto lidí dobrý.“

Co se týče sociálních služeb, tak velmi dobrá je Bona (komunitní bydlení), klienti také hodně využívají pečovatelskou službu a potom i různé donášky obědů, prádelny apod.“

Všeobecně je velmi dobrá spolupráce s neziskovými organizacemi, které mají velmi vstřícný přístup, jsou ochotní a je to moc fajn, když se zde klienti mohou nějakým způsobem zapojit, když mají podporu.“

7.7.2 Závěr výzkumu

HLAVNÍ VÝZKUMNÁ OTÁZKA:

JAK OPATROVNÍCI HODNOTÍ VÝKON OPATROVNICKÉ PROFESÍ NA ZÁKLADĚ SVÉ PRAXE?

Aby na tuto otázku mohlo být zodpovězeno, důležité jsou zde výsledky několika kategorií.

1) v rámci rozhovorů s respondenty ze svépomocné skupiny Sympathea vyšly tyto dvě kategorie:

1A: Vzájemný vztah - 1B: Pozice veřejného opatrovníka.

2) v rámci rozhovorů s respondenty z řad opatrovníků zastoupených rodinnými příslušníky vyšly dvě kategorie:

2A: Rozsah opatrovnické činnosti - 2B: Překážky ve výkonu opatrovnické činnosti

3) v rámci rozhovorů s respondenty z řad veřejných opatrovníků vyšly dvě kategorie:

3A: Úskalí opatrovnické činnosti - 3B: Životní fungování opatrovance

Vyhodnocení kategorie **1A: Vzájemný vztah**

Respondenti ze organizace Sympathea se jednoznačně shodli na tom, že vzájemný vztah mezi rodičem a dítětem je naprosto prioritní pro odpověď, na tak zodpovědnou činnost jako je funkce opatrovníka.

Zdůrazňovalo se zde, že pokud je vztah pozitivní a bez vážných problémů, není potíží, aby rodič byl opatrovníkem svého dítěte. Velkou roli zde hrál také zdravotní stav jedince. Pokud je v pořádku, také zde není důvod pro odmítnutí role opatrovníka.

Pokud by stav jedince byl na vážné úrovni, vyplynulo z rozhovorů, že by ustanovení rodiče za opatrovníka nemělo dobré důsledky na vztah mezi rodičem a jeho dítětem.

Vyhodnocení kategorie: **1B: Pozice veřejného opatrovníka:**

Rodinní příslušníci mají k funkci veřejného opatrovníka smíšené pocity. U rodičů se na jedné straně vyskytl názor, že veřejný opatrovník je potřebná pozice, obzvlášť v případě, až jednou rodinní příslušníci zemřou a nebude kdo by se postaral o jejich dítě. Rodiče osob, které mají

duševní nemoc často řeší, co s jejich dětmi bude, kdo se o ně postará a jak to ony vše zvládnou. Je to velmi složitá a citlivá oblast, která rodiny uvádí do nelehké pozice.

R5 není schopna si představit, že by její syn měl veřejného opatrovníka, jelikož je velmi nedůvěřivý k většině lidem, zejména k lékařům a funkce veřejného opatrovníka pro jejího syna jí nepřišla vhodná.

R4 uvádí významný faktor, který ji nutí stavět se k funkci veřejného opatrovníka ambivalentně, a to je nedostatek času, se kterým se veřejný opatrovník potýká. Není si jistá, zda by se opatrovník mohl věnovat jejímu dítěti důkladně a zda by stihl pokrýt všechny potřeby, které by byly třeba.

R6 zase vyžaduje, aby veřejný opatrovník disponoval velkou empatií, která by umožnila, aby jednal s opatrovanci tak jak má a dokázal se vcítit do leckdy velmi složitých situací osob s duševním onemocněním.

Zároveň ale poukazuje na autoritu veřejného opatrovníka, která je dle ní prospěšná, pokud se jedná o oblast financí. Dle respondenta rodič nemusí být tak důsledný a přísný v oblasti financí, jelikož je rodičovským vztahem ke svému dítěti a tohoto je veřejný opatrovník ušetřen.

Vyhodnocení kategorie: **2A: Rozsah opatrovnické činnosti:**

Student učinil rozhovory s dvěma respondentkami, přičemž obě byly ustanoveny opatrovníky svých blízkých. Jejich situace v rámci opatrovnické činnosti byla dost odlišná, a proto i výsledky ve výše zmíněné kategorii jsou různorodé.

R1 koná opatrovnickou činnost 4 roky. Její působení se týká finanční oblasti, má spravovat a řídit majetek a finance svého syna, jelikož ten je omezen v této oblasti ve velké míře. Jeho omezení svéprávnosti se týká nejen finančních záležitostí ale i např.: volebního práva či manželského života či jeho názoru na samotnou nemoc a léčbu.

Respondentka připouští, že musela vykonat nemalé úsilí, aby všechny záležitosti byly vyřešeny zejména z hlediska právního charakteru. Nicméně R1 také řeší podobné dilema jako se vyskytovalo u respondentů Sympathey a to, jak a kdo bude spravovat záležitosti jejího syna po její smrti. R1 připouští možnost, aby se o tyto záležitosti staral do budoucna veřejný opatrovník.

V oblasti soukromého života respondentka studentce potvrdila, že její syn má přítelkyni a řadu kontaktů se svými přáteli. Ti ho po propuknutí nemoci nijak nezatratili, naopak se snaží opatrovance začlenit do většiny svých akcí, na které reaguje syn respondentky s velkým nadšením, nicméně co se týče dlouhodobých akcí, které by byly mimo bydliště opatrovance, je zde obava R1, která se bojí, zda by se přátelé dokázali o syna dostatečně postarat v rámci organizační stránky.

Ohledně pracovní stránky svého syna R1 přiznává, že není schopen pracovní činnosti a nedokáže pochopit smysl pracovní smlouvy.

R2 se starala o svoji matku určitou dobu předtím, než byly vyřízeny všechny formality, které ji ustanovily opatrovníkem. Důvodem byly problémy její matky ohledně jejího pojmání peněz, které se v důsledku nemoci horšilo. Přispěla zde ještě skutečnost, že vnuk v rámci své duševní nemoci využíval její snížené schopnosti ohledně peněz a nechal jí podepisovat smlouvy finančního charakteru a ukradl jí peníze z jejího konta.

Všechny tyto skutečnosti přispěly k tomu, že R2 se rozhodla k funkci opatrovníka. Zdůrazňuje, jak velké dilema je rozhodování se, zda funkci opatrovníka přijmout či ne a jak velká odpovědnost je s tím spojena.

Rozsah opatrovnické činnosti byl u R2 mnohem větší než u R1. Součástí byla kompletní péče o matku ve všech oblastech životech nejen ve finanční, ale i o její osobu v celkovém slova smyslu. R2 přiznává, že matka neměla na svoji nemoc náhled a ji péče zatěžovala jak fyzicky, tak psychicky, a proto se nakonec rozhodla umístit matku do Domova pro seniory se zvláštním režimem, což ji matka vzhledem ke svému omezenému náhledu na svoji nemoc zazlívala.

Respondentka nevyužila jiných sociálních služeb, protože z hlediska kapacity byly nevyhovující, nebylo zde místo a nemohly uspokojit akutní potřebu umístění opatrovankyně. Jak sama R2 přiznává, nebylo jí jedno, kam matku umístí, a proto obvolávala a objížděla různé zařízení, kde se ptala na přesné informace. S jedním z Domovů měla velmi dobré zkušenosti zejména co se týče ochoty a vstřícného přístupu, který jí byl poskytnut i v posledních chvílích matčina života.

Vyhodnocení kategorie: **2B: Překážky ve výkonu opatrovnické činnosti:**

Opatrovníci se v rámci své funkce setkali i s různými překážkami, které jim ztěžovaly jejich úsilí. R1 hodnotí negativně spolupráci s telefonickou společností, kde syn uzavřel nevýhodnou smlouvu. Rovněž jako velmi nepříjemnou a zatěžující hodnotí spolupráci s Advokátní kanceláří Dopravního podniku. Zároveň ale pozitivně hodnotí vstřícný přístup soudu, zejména z hlediska navýšení částky, kterou syn může měsíčně využívat.

R2 má negativní zkušenost s praktickou lékařkou, která nebyla ochotna podívat se na matku respondentky, když se její stav zhoršil natolik, že se nemohla k lékařce dopravit vlastními silami. Problémy byly také s pečovatelkami, v rámci jedné agentury, které si připisovaly hodiny a zaznamenávaly do svých spisů falešné činnosti, které s opatrovancem konaly a evidentně lhaly, jelikož matka respondentky při svém zdravotním stavu nemohla ony činnosti konat. Rovněž pečovatelky nerespektovaly individualitu a zdravotní stav opatrovankyně a neřešily, zda se najedla či ne. R2 poté musela tuto situaci vlastními silami a svým úsilím.

Respondentka měla neshody i s jistou lichvářskou společností, která nebyla ochotna vydat jisté dokumenty v záležitosti jejího syna, ale celá situace byla nakonec vyřešena. R2 také popisuje, že jako velkou překážku v plnění funkce opatrovníka vidí rozpor mezi tím, co chce klient a co by pro klienta bylo dobré ze strany opatrovníka. Poukazuje na ustanovení v zákoně, které se zaměřuje na zájmy a práva opatrovanců, ale dle ní je velmi složité tento požadavek v realitě dodržovat. Mezi další velkou překážku patří dle R2 zdravotní stav opatrovance, který jí osobně činil velké potíže, zejména sobeckost a automatický předpoklad matky, že se o ní bude R2 starat.

Vyhodnocení kategorie: **3A: Úskalí opatrovnické činnosti:**

V rámci této kategorie byly uskutečněny rozhovory se 3 respondenty z řad veřejných opatrovníků. Jedno ze zásadních úskalí v rámci činnosti veřejného opatrovníka patří diagnózy klientů.

Jak popisuje R3 setkává se ve své práci s různorodými diagnózami, někdy duálními a v řadě případů jsou to klienti, kteří poměrně brzy přejdou do agrese, pokud se nevyhoví jejich požadavkům. To dokazuje příklad, kdy byl klient schopný zavolat na R3 policii, jelikož se domníval, že mu veřejný opatrovník nechce dát jeho peníze. Dodává, že na každého klienta platí něco jiného od vlídného slova po direktivní přístup. R1 přiznává, že je tato práce leckdy

velmi náročná, ale vždy záleží na rozsahu omezení určeného soudem a práce s každým klientem je vždy individuální.

Dalším úskalím je rozdílné pochopení rodin opatrovanců, co si vlastně pod pojmem veřejný opatrovník představí. R2 popisuje, že občas si rodiny představují veřejného opatrovníka jako toho, kdo opatrovance opraví a celou situaci dá zpět dohromady, ale zdůrazňuje, že je třeba vždy myslet na názor a zájmy klientů. R1 dodává, že vyložený konflikt s rodinou neměla, ale nějaké konflikty se již vyskytly. Mezi další úskalí patří situace, kdy se opatrovanec dostane do konfliktu s nájemníky bytu kde žije a dochází k řadě problémových a nepříjemných situací pro obě strany. Nájemníci poté dle R2 poté naléhají, aby veřejný opatrovník situaci urychleně vyřešil, aby dal opatrovance zavřít apod.

R3 má za to, že je velmi zatěžující ustanovení občanského zákoníku, kde je zakotven přezkum osob omezených ve svéprávnosti. Tvrdí, že vše trvá příliš dlouho a jako další úskalí vidí řadu půjček na internetu, které jsou v dnešní době lákadlem pro jejich klienty. Situace je ale velmi zapeklitá, jelikož zde není k dispozici nějaký papír či smlouva a řešení je to o to složitější. R2 připouští, že řešit oblast financí, je leckdy velký oříšek, jelikož opatrovanci často volí možnost, která je nejrychleji dostupná a zdá se jim nejjednodušší, a to je neustálé půjčování si, které vede k obrovským dluhům a velkým nesnázím.

R1 jako jednu z úskalí opatrovnické činnosti uvádí nedostatečný náhled klientů při jejich hospitalizaci a následný revers. Tyto situace se leckdy mnohokrát opakují. Ještě horší je situace kdy klienti dobře reagují na léčbu, ale jejich náhled je nedostatečný. Tuto situaci R1 v předešlé podkapitole dostatečně rozvádí.

I veřejní opatrovníci i přesto, že mají jinou autoritu než například opatrovníci z řad rodinných příslušníků, se setkávají s neochotou daných úřadů a různých institucí. Zejména je zde popisována neochota praktických lékařů přijmout do své evidence osobu s duševním onemocněním. R3 také přiznává, že je velký nedostatek psychiatrů, kteří jsou pro jejich opatrovance velmi důležití. Popisuje také nešvar praktických lékařů, který zaznamenala i R2 z řady „rodinných“ opatrovníků, a to je jejich neochota, dostavit se do místa bydliště opatrovance. Jak R3 říká, je to nesmírně důležité při přiznávání příspěvku na péči, kde se rozhoduje o konkrétním stupni. Na druhou stranu ale R3 pozitivně hodnotí spolupráci s neziskovými organizacemi, které se zabývají duševně nemocnými.

Vyhodnocení kategorie: **3B: Životní fungování opatrovance:**

R1 uvádí, že většina jejích klientů je osamocených a sociálně izolovaných. R3 potvrzuje také tuto skutečnost, ale zároveň dodává, že někteří klienti také rodiny mají, ale aby se nezpřetrhaly vzájemné vazby a vztahy nebyly narušeny, jejich členovi rodiny s duševní nemocí spravuje jeho záležitosti veřejný opatrovník. Ohledně pracovní stránky opatrovanců zde byly k dispozici různorodé výpovědi veřejných opatrovníků, kteří potvrdili, že někteří jejich klienti pracují zejména v rámci úklidových prací.

R3 přiznává, že pouze 2 klienti z celkového počtu pracují na zkrácený úvazek, další klient není schopen si práci udržet a většina jejích klientů pobírá invalidní důchod 3. stupně případně ještě jiné typy dávek. Velmi byla chválena spolupráce s organizací Bona a celkově spolupráce s neziskovými organizacemi, které mají vstřícný přístup.

HLAVNÍ VÝZKUMNÁ OTÁZKA:

JAK OPATROVNÍCI HODNOTÍ VÝKON OPATROVNICKÉ PROFESÍ NA ZÁKLADĚ SVÉ PRAXE?

Ze zpracovaných kategorií vyplývá, velkou roli hraje pozice opatrovníka, ve smyslu, zda se jedná o rodinného příslušníka či veřejného opatrovníka. Na základě tohoto faktu vyplývá i rozsah opatrovnické činnosti. Ať už se jedná o opatrovníka z řad rodinných příslušníků či veřejného opatrovníka, vždy se zde najdou překážky či úskalí která ztěžují opatrovnickou činnost.

Oba typy opatrovníků staví do popředí zájmy a práva opatrovanců, i když v řadě oblastí je složité, aby zde bylo dosaženo konsenzu mezi tím, co by opatrovanec chtěl a co by pro něho bylo nejlepší.

Životní fungování klientů se odvíjí od zásadního faktu, zda má rodinu, která by o něj jevila zájem. V řadě případů to tak není, jak vyplývá z výpovědi veřejných opatrovníků a klienti jsou sociálně izolováni a se svým složitým životním údělem musí kráčet osamoceni. Po pracovní stránce je zde z výpovědí veřejných opatrovníků zřejmé, že tento bod života se těžko slučuje s duševní nemocí klientů.

Opatrovníci různých typů se ale shodují, že péče o klienty je vždy velmi individuální a odvíjí se zejména od jejich zdravotního stavu a také náhledu na svoji nemoc.

8 Diskuze

Studentka připojila do své diplomové práce diskuzi. Hodnotí zde názory některých autorů a také zde hodnotí zákonnou normu a příkládá zde názory respondentů.

Ocisková a Praško ve své knize popisují stigmatizaci.

Stigma je charakterizováno jako přívlastek, který má znehodnocující tendenci a může být důvodem diskriminace jeho nositele. Je to znak či stopa, která má za cíl, aby dotyčný byl segregován od společnosti a aby se mu ona společnost stranila. Stigmatizovaný člověk je pak označen jako někdo, kdo má záporné vlastnosti a kdo je negativně hodnocen. Osoby s duševní poruchou jsou velmi častým cílem stigmatizace a je na ně nahlíženo jako na morálně pokleslé, nebezpečné a nepřizpůsobivé. Stigmatizaci lze popsat jako model, který má 4 základní složky: 1) značkování (labeling) - jsou zde vnímány jisté osobní charakteristiky, které nesou znaky odlišnosti oproti osobní či společenské normě 2) stereotypy – strnulé, nesmlouvavé, pasivní způsoby hodnocení určitých osob v důsledku předsudků. To umožňuje rychlé zařazení určených osob do jisté škatulky a ovlivňuje to i přístup a způsoby chování k těmto lidem. Studentka v rámci kvalitativního šetření zjistila stigmatizační přístupy praktických lékařů, kteří nejsou ochotni dostavit se za klientem do jeho domácího prostředí a zároveň také nezájem o tyto klienty ve smyslu přijetí je za své pacienty. Zároveň i zde ale platí, že roli hraje individualita. Student se tedy shoduje s teoretickými tvrzeními, které vymezují stigma a potvrzuje je i prostřednictvím výpovědí respondentů:

R2 jako opatrovnice (rodinný příslušník) říká:

„Potíž byla s praktickou lékařkou, odmítala se na matku přijet podívat, když už kvůli zhoršenému zdravotnímu stavu nemohla jet k lékařce ona, lékařce se evidentně nechtělo.“

R1 (veřejný opatrovník) dodává:

Co se týče např.: praktických lékařů, tak víte co všude je to člověk od člověka, záleží to na každém individuálně, někdo je v pohodě, někdo je vyloženě neochotný, to jsou často ti starší lékaři, kteří o tomto moc nevědí a ani nechtějí mít tyto klienty ve své evidenci, berou je jako přítěž, cítí hned problémy, pokud zjistí, že klient má nějakou duševní poruchu a ještě k tomu opatrovníka.“

R3 (veřejný opatrovník) popisuje:

„Velkým problémem je, aby se praktický lékař dostavil do místě bydliště klienta, v tomto jsou lékaři vážně velmi neochotní, musíme je leckdy doslova prosit, zejména pokud se jedná o příspěvek na péči, tam jde poté o hodně, je přece rozdíl, pokud by klient dostal třeba jen první stupeň, a přitom mohl dostat třeba třetí že jo. Ten praktický lékař je tu vážně velmi důležitý faktor.“

Druhým tématem, jež se studentka ve své diskuzi zabývala, byly některé pasáže občanského zákoníku. Jednou pasáží je povinnost opatrovníka ohledně zájmů opatrovance. Opatrovník musí postupovat v zájmu opatrovance. Jeho přání a vůle jsou přednostní. Musí chránit jeho zájmy a práva.

S tímto je v rozporu R2 (rodinný příslušník), která popisuje:

„Nejobtížnější je ten rozpor, co chce klient a co by ve skutečnosti bylo dobré pro klienta (zda o člověka pečovat či ho dát do nějakého zařízení), jsou zde protichůdná řešení v zákoně, tam je to sice myšleno hezky, ale realita je úplně jiná (plnit a dodržovat práva opatrovanců).“

Student si zde pokládá otázku, do jaké míry má opatrovník respektovat přání a vůli opatrovance. Opatrovnictví je o individualitě jedince a zákonná ustanovení jsou potřeba a občanský zákoník v oblasti opatrovnictví a svéprávnosti urazil velký kus cesty a nabídl řadu jistých možností, je ale zřejmé, že lidský život je mnohem složitější.

R3 vidí jako velkou překážku tu část občanského zákoníku, kde je ustanoveno, že je potřeba přezkum všech osob, které byly dle starého občanského zákoníku omezení či zbaveni svéprávnosti a určit rozsah omezení či rozhodnout jinak.

„To je velký problém, protože to strašně dlouho trvá, znalci by se tomu rádi vyhnuli, jsou strašně přetížení, staří klienti, do toho noví, no je to hrůza, mám i klientku u které to trvá již 2 roky a stále o jejím omezení nebylo rozhodnuto.“

Zde studentka nevidí jednoznačné možnosti řešení. Byrokratický systém je složitý, na druhou stranu vidí pozitivní fakt ve snaze občanského zákoníku o individualitu a práva jedinců osob s duševním onemocněním.

Závěr diplomové práce

Diplomová práce na téma *Opatrovnictví v České republice* je rozdělena na teoretickou část, kde je 6 kapitol. První kapitola popisuje pojetí duševní poruchy z hlediska různých modelů, přičemž je sem zařazen i pohled různých dokumentů. Druhá kapitola se zabývá stigmatem, jak jeho základní charakteristikou, tak stigmatem okolí (rodina, zdravotníci) a též sebestigmatem, které významně ovlivňuje sebeprožívání a celkové fungování jedince. Třetí kapitola znázorňuje systém psychiatrické péče a zabývá se také podkapitolou ohledně příčin, které způsobují, že jedinci s duševním onemocněním zůstávají dlouhodobě ve zdravotnickém prostředí. Čtvrtá kapitola charakterizuje reformu psychiatrické péče s důrazem na Centra duševního zdraví. Pátá kapitola kompletně uvádí systém opatrovnictví a svéprávnosti, včetně nových alternativ uvedených v občanském zákoníku a též řízení, kde se rozhoduje o svéprávnosti či formě opatrovnictví. Šestá kapitola je zaměřena na sociální práci s osobami s duševním onemocněním. Dále je zde obsažena praktická část, kde bylo uskutečněno kvalitativní šetření formou polostrukturovaných rozhovorů s rodinnými příslušníky z organizace Sympathea, opatrovníky z řad rodičů a veřejných opatrovníků. Pomocí otevřeného kódování byly postupně zpracovány jednotlivé odpovědi a vytvořeno několik kategorií, díky nimž mohlo být zodpovězeno na hlavní výzkumnou otázku: Jak opatrovníci hodnotí výkon opatrovnické profese na základě své praxe? Ze zpracovaných kategorií vyplývá, velkou roli hraje pozice opatrovníka ve smyslu, zda se jedná o rodinného příslušníka či veřejného opatrovníka. Na základě tohoto faktu vyplývá i rozsah opatrovnické činnosti. Ať už se jedná o opatrovníka z řad rodinných příslušníků či veřejného opatrovníka, vždy se zde najdou překážky či úskalí která ztěžují opatrovnickou činnost. Oba typy opatrovníků staví do popředí zájmy a práva opatrovanců, i když v řadě oblastí je složité, aby zde bylo dosaženo konsenzu mezi tím, co by opatrovanec chtěl a co by pro něho bylo nejlepší. Životní fungování klientů se odvíjí od zásadního faktu, zda má rodinu, která by o něj jevila zájem. V řadě případů to tak není, jak vyplývá z výpovědi veřejných opatrovníků a klienti jsou sociálně izolováni a se svým složitým životním údělem musí kráčet osamoceni. Po pracovní stránce je zde z výpovědi veřejných opatrovníků zřejmé, že tento bod života se těžko slučuje s duševní nemocí klientů. Opatrovníci různých typů se ale shodují, že péče o klienty je vždy velmi individuální a odvíjí se zejména od jejich zdravotního stavu a také náhledu na svoji nemoc.

Seznam literatury

Prameny:

1. HEJZLAR, P. *Na cestě ke komunitní psychiatrii*. Pardubice: Theo, 2010. ISBN 978-80-904009-6-2
2. HENDL, J. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Praha: Portál, 2005. s.338 ISBN 80-7367-040-2
3. HOLLÝ, M. *O duši a sexu*. 1.vyd. Praha: Portál, 2016. ISBN 978-80-262-1004-7
4. JURÍČKOVÁ, L.; IVANOVÁ, K.; FILKA, J. *Opatrovnictví osob s duševní poruchou*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing a.s., 2014. ISBN 978-80-247-4786-6
5. KÖLLER, R.; PILGRAM, A. A KOL. *ADEL: Advocacies for Frail and Incompetent Elderly in Europe*. Interim Report, 2009
6. LAST, J.M. *A Dictionary of Public Health*. Oxford: University Press, 2007. ISBN 978-0-19-516090-1
7. MAHROVÁ, G.; VENGLÁŘOVÁ, M. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing a.s., 2008. ISBN 978-80-247-2138-5
8. MAREČKOVÁ, J.; MATIAŠKO, M. *Člověk s duševním postižením a jeho právní jednání*. Praha: Linde Praha, 2010. ISBN 978-80-7201-801-7
9. MARKOVÁ, E.; VENGLÁŘOVÁ, M.; BALIAKOVÁ, M. A KOL. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. Praha: Grada Publishing a.s., 2006. ISBN 80-247-1151-6
10. OCISKOVÁ, M.; PRAŠKO, J. *Stigmatizace a sebestigmatizace u psychických poruch*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing a.s., 2015. ISBN 978-80-247-5199-3
11. OREL, M. A KOL. *Psychopatologie – nauka o nemocech duše*. 2.vyd. Praha: Grada Publishing a.s., 2016. ISBN 978-80-247-5516-8
12. PROBSTOVÁ, V.; PĚČ, O. *Psychiatrie pro sociální pracovníky*. 1.vyd. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0731-3

Legislativní zdroje:

1. Zákon č.40/2009 Sb. trestní zákoník ve znění pozdějších předpisů

Periodika:

BAJER, P. *Sociální pracovníce v psychiatrickém zařízení je na úrovni zdravotní sestry.* Časopis Sociální práce/sociální práce.2008, roč.1. ISSN 1213-6204

Elektronické zdroje:

Dlouhodobý program zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva ČR – Zdraví pro všechny v 21. století Dostupné z: <http://www.msmt.cz/file/35756/>

Práva duševně nemocných Dostupné z: http://capz-esprit.web.cz/prispevky/dokumenty/deklar_prava_dusev_nemoc.html

Proč reformujeme? Dostupné z: http://www.reformapsychiatrie.cz/proc_reformujeme/

Strategie reformy psychiatrické péče, Ministerstvo zdravotnictví ČR verze 1.0, vydáno 8. října 2013 Dostupné z: http://www.reformapsychiatrie.cz/wp-content/uploads/2012/11/SRPP_publicace_web_9-10-2013.pdf

MATIAŠKO, M.; HOFSCHEIDEROVÁ, A. *Manuál sociálního pracovníka, Svěprávnost a právní ochrana uživatelů sociálních služeb podle zákona č. 89/2012 Sb., Občanský zákoník.* Zlín: ZSTUDIO, 2015. Dostupné z:

<https://www.google.cz/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwi28tSbluPUAhVEK1AKHWFaBfcQFggmMAA&url=https%3A%2F%2Fwww.kr-zlinsky.cz%2Fdocs%2Fclanky%2Fdokumenty%2F8984%2Fmanual-socialniho-pracovnika.pdf&usg=AFQjCNFv8gWkqgdmikiiImuTTL48XcwhPg>

Nedobrovolná hospitalizace psychiatrických pacientů v ČR. Praha: Liga lidských práv Centrum podpory transformace,2015. ISBN 978-80-87414-255. Dostupné z: http://llp.cz/wp-content/uploads/nedobrovolna_hospitalizace.pdf

RABOCH, J.; WENIGOVÁ, B. *Mapování stavu psychiatrické péče a jejího směřování v souladu se strategickými dokumenty České republiky (a zahraničí) Odborná zpráva z projektu.* Praha: Česká psychiatrická společnost o.s. Dostupné z: http://www.ceskapsychiatrie.cz/images/stories/OZ_zkr_komplet.pdf

Summary

The diploma thesis deals with guardianship for people with mental illness. The theoretical part is divided into six chapters, where the concept of mental disorder is defined within various documents. Furthermore the process of stigmatization, both from the family and the health care professionals, is also discussed here as self - esteem as a serious consequence of society's access to mental illness. The student also mentioned the process of providing psychiatric care, outlined the reform of psychiatric care as a significant milestone in health care. A great part of the theory consists of a complete description of a guardianship and self - administration. The last chapter focuses on social work with people with mental illness. The practical part aims to find out how the guardianship system for people with mental disorders works and how custodians look at guardianship. The student used qualitative surveys and semi - structured interviews. Using open encoding , several categories were identified and then responded to the main research question.

Přílohy

1. PŘÍLOHA A - Informovaný souhlas

INFORMOVANÝ SOUHLAS S VYUŽITÍM POLOSTRUKTUROVANÉHO ROZHOVORU

zaznamenaného pro kvalitativní šetření diplomové práce

OPATROVNICTVÍ V ČESKÉ REPUBLICE

Kvalitativní šetření probíhá pro účely zpracování diplomové práce vedené na Husitské teologické fakultě Univerzity Karlovy. Diplomová práce je psána v rámci oboru Sociální práce studentkou Karinou Duškovou. Cílem tohoto kvalitativního šetření je zjistit, jak prakticky funguje systém opatrovnictví pro osoby s duševním onemocněním, jak opatrovníci nahlízejí na systém opatrovnictví a jaký postoj mají vůči opatrovnictví rodinní příslušníci těchto osob.

Pro účely analýzy nejsou důležité osobní údaje respondentů (např.: jméno, příjmení atd.). Rozhovor, který s Vámi bude zaznamenán, bude ihned po jeho pořízení anonymizován. Všechny veřejně přístupné výstupy z kvalitativního šetření a jeho analýzy budou citovány anonymně a bude s nimi nakládáno bez vazby na Vaši osobu.

Souhlasím s poskytnutím rozhovoru Karině Duškové pro účely výše popsaného kvalitativního šetření.

V.....

Dne.....

Podpis:

Podpis výzkumníka: